Rok XLVII. Kraków, dnia 24. października 1908. Nr 43.

PRZEGLĄD LEKARSKI

Organ urzędowy
Towarzystwa lekarskiego krakowskiego i Towarzystwa lekarzy galicyjskich,
organ Związku polskiego lekarzy i przyrodników w Petersburgu oraz Towarzystw lekarskich polskich w Kijowie i Chicago.

Redaktor główny: **Prof. Dr Stanisław Ciechanowski.**

Nowy krążek przy wypadnięciu pochwy i macicy [1]).

Podał

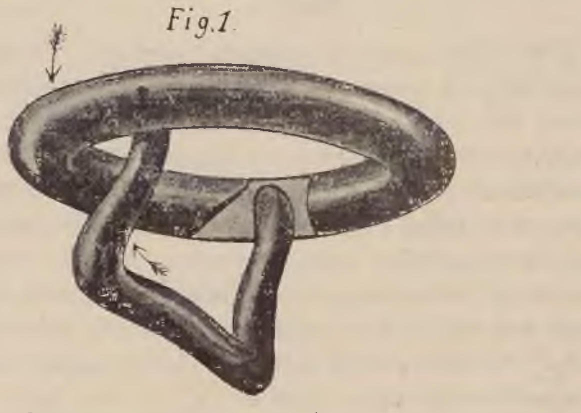
Dr Ludwik Friedmann (Kraków).

Cały szereg przyrządów i krążków, służących jedynie do po·'trzymywania wypadniętej pochwy i macicy, jakie zalecili różni autorowie (jak Martin, Löhlein, Rosenfeld, Schatz, Menge, Cohn i inni) nasuwa dwie uwagi: 1) że przyrząd, względnie krążek taki, któryby w przypadkach wypadnięcia pochwy lub macicy, nie nadających się do leczenia operacyjnego z jakiegokolwiek powodu, uważają wszyscy za rzecz koniecznie potrzebną, 2) że wszelkie dotychczasowe krążki posiadają niedogodności, lub nie odpowiadają w zupełności swemu celowi. — Jeżeli się ośmielam wystąpić obecnie z nowym krążkiem, mającym służyć do tego samego celu, to nie dlatego, aby liczbę już istniejących krążków powiększyć o jeszcze jeden, ale w nadziei, że krążek ten, (przezemnie »sprężynowym« zwany), jako posiadający stanowczą wyższość nad wszystkimi dotychczasowymi, wypełni rzeczywistą, boleśnie nieraz odczuwaną lukę w leczeniu wypadnięcia pochwy i macicy i będzie przeto życzliwie przez Kolegów przyjęty. Myśl sporządzenia tego krążka nasunęła mi się przy leczeniu chorej, która cierpiąc na wypadnięcie macicy, w żaden sposób nie chciała się poddać operacyjnemu leczeniu, a życzyła sobie krążka, któryby macicę podtrzymywał, a zarazem w pożyciu małżeńskiem nie przeszkadzał. Niestety, żaden z krążków znanych, podtrzymujących macicę wypadającą, życzenia tego nie uwzględnia, z wyjątkiem zwykłych krążków pierścieniowych, które tylko wyjątkowo trzymają; przeto chora zmuszoną jest nieraz sobie na noc krążek usuwać, co nawiasem mówiąc nie zawsze i nie łatwo i nie bez bolu daje się uskutecznić.

Przy sporządzeniu mego krążka trzymałem się tej samej zasady, jaką się kierowali i inni autorowie przy sporządzaniu swych krążków. Jak wiadomo, składają się te krążki przeważnie z miseczki lub pierścienia, połączonego czy to stale, czy zapomocą śruby z drugą dodatkową częścią, prostopadle, a raczej osiowo do nich ustawioną, która posiadała postać jednego (Zweifel), lub kilku pręcików w jeden trzonek się schodzących (Martin), innym razem strzemienia (Löhlein), czopka (Rosenfeld), lub maczugi (Menge). (Schatza krążek ma postać pełnego lejka z otworem w środku). Części te dodatkowe, opierając się na ścianie pochwy, a raczej na mięśniowem dnie miednicy małej *(musculus levator ani)*, mają utrzymywać miseczkę lub pierścień w kierunku mniej więcej prostopadłym do kierunku osi pochwy i przez to wstrzymywać je od wypadania, gdyż miseczka lub pierścień jedynie ten kierunek zachowując może nie wypaść z pochwy. Sam zaś pierścień lub miseczka bez owej części dodatkowej, ustawiają się pod wpływem parcia obniżającej się czy to przedniej, czy tylnej ściany pochwy zazwyczaj obwodem swym w kierunku osi pochwy (co określamy, »że się stawiają na kant«) i wypadają łatwo.

Krążek sprężynowy (fig. 1) składa się z dwóch części składowych: z pierścienia i strzemienia, przypominającego swym kształtem dolną połowę zmodyfikowanego krążka

Fig. 1.



Hodgego. Obie części są ze stali, (pewnego gatunku niezbyt elastycznego drutu), powleczonej na powierzchni kauczukiem. Są one ze sobą połączone zapomocą zawiasów, przyczem dzięki budowie zawiasów i silnemu rozpięciu ramion strzemienia w zawiasach, zachowują one względem siebie swe zwykłe ustawienie (jak na fig. 1). Dopiero przy użyciu pewnej siły, uciskając dwoma lub trzema palcami pierścień z jednej, a strzemię z drugiej strony, dają się one w kierunku strzałek na fig. 1 naznaczonych zbliżyć ku sobie (fig. 2). Przez ściskanie ramion strzemienia ku sobie, da się strzemię z zawiasów wyjąć i od pierścienia oddzielić, przyczem szczegóły zawiasów stają się widoczne (fig. 3) i łatwo się oczyścić dają. Części krążka, przy zawiasach kauczukiem nie pokryte, są cynowane, aby je uchronić od rdzewienia, jakieby pod wpływem działania wydzieliny pochwowej na stal mogło powstać.

1) Podług odczytu na X. Zjeździe lekarzy i przyrodników polskich we Lwowie.

Po poprzedniem odprowadzeniu wypadniętej pochwy względnie macicy, wprowadza się krążek sprężynowy do pochwy, złożony (jak na fig. 2) w podobny sposób, jak krążek Hodgego, przyczem, rozwierając szparę sromową palcami lewej ręki, ujmuje się go opierając prawy palec

Fig. 2



wielki na pierścieniu, a prawy wskaziciel i palec środkowy na strzemieniu i ściskając je ku sobie (w kierunku strzałek p. fig. 1). Gdy się krążek już znalazł w pochwie,

Fig. 3.



i gdy wielki palec z pierścienia usuniemy, pierścień zazwyczaj sam się od strzemienia oddala, przyczem krążek przybiera swą zwykłą postać (fig. 1), a skoro to samo nie nastąpi, wtedy należy pierścień wskazicielem lub palcem środkowym od strzemienia oddalić, aby krążek przybrał należytą swą postać (fig. 1). W końcu ująwszy podstawę strzemienia w paluch i wskaziciel prawy zwraca się ją albo ku spojeniu łonowemu albo ku zatoce krzyżowej, zależnie od tego czy więcej tylna, czy przednia ściana pochwy wypada, gdyż tak założony krążek zazwyczaj najkorzystniej podtrzymuje wypadające części.

Dzięki temu, że strzemię opiera się na pochwie, a raczej na mięśniowem dnie *(m. levator ani)* miednicy małej, zachowuje pierścień należyte położenie w pochwie, t. j. leży prostopadle do osi pochwy i podpierając sklepienia pochwy, powstrzymuje zarazem macicę względnie pochwę od wypadnięcia, a sam nie może wypaść. Nieodzownym warunkiem dobrej sprawności krążka jest jednak to, by zbyt łatwo nie dawał się złożyć, w tym przypadku bowiem ucisk pochwy mógłby go złożyć i wywołać jego wypadnięcie. Zadanie to spełniają: stalowy podkład krążka i szczególnie zbudowane zawiasy (fig. 3), które mają złożenie krążka utrudniać. Ponieważ krążek ten sporządzony jest w rozmaitych wielkościach, przyczem tak pierścień, jak i strzemię mogą posiadać rozmaite wymiary, przeto przy odpowiedniej cierpliwości tak ze strony lekarza, jak i chorej można prawie w każdym przypadku dobrać odpowiedni krążek. Jedynie rzadki wyjątek stanowi wypadnięcie macicy u staruszek, posiadających bardzo szerokie wejście do pochwy i pochwę lejkowatą w następstwie zmian starczych *(colpitis vetularum)*, gdzie krążek ten nie daje się zastosować.

Chcąc krążek z pochwy wydobyć, składa się go poprzednio w pochwie, ujmując wewnętrzny brzeg pierścienia (od strony, w którą strzemię jest zwrócone) wskazicielem i palcem środkowym prawym z jednej, a kciukiem prawym podstawę strzemienia z drugiej strony i ściskając je ku sobie (w kierunku strzałek, fig. 1). Tak wprowadzanie krążka złożonego (fig. 2) do pochwy, jak i wyjmowanie go z pochwy w ten sam sposób jest bardzo łatwe i nie sprawia chorej żadnych przykrości.

Krążek ten zastosowałem już u kilku chorych z bardzo dobrym wynikiem. Jedna z chorych, u której wiele innych krążków zawiodło, nosi go już przeszło 2 lata, ku swemu największemu zadowoleniu.

Jakkolwiek jedynie operacyjne leczenie wypadnięcia macicy lub pochwy uważam za racyonalne, to opierając się na dobrych wynikach, jakie miałem, stosując ten krążek już od dłuższego czasu, uważam sobie za obowiązek krążek mój Szan. Kolegom w przypadkach nie nadających się do zabiegu gorąco polecić, a to tem więcej, że posiada on stanowczą wyższość nad wszystkimi, dotychczas przez rozmaitych autorów podanymi krążkami. Jest przedewszystkiem lekkim, da się łatwo, bez bolu i przykrości dla chorej do pochwy założyć i z pochwy wyjąć, następnie łatwiej przy nim o utrzymanie czystości pochwy, gdyż nie zatrzymuje on tak łatwo, jak krążki z miseczkami lub grubymi pierścieniami wydzieliny pochwowej i macicznej, również nie tak łatwo jak inne sprowadza odleżynę w pochwie, wobec tego, że strzemię opiera się na znacznie szerszej przestrzeni pochwy, niż pręcik, czopek lub maczuga innych krążków. W końcu posiada on jeszcze tę zaletę, że nie przeszkadza przy spółkowaniu, gdy inne je wprost uniemożliwiają.

Aby zapobiedz możliwym złym następstwom noszenia krążka przez długi czas, (jak to w takich wypadkach zwykle bywa koniecznem), zwłaszcza odleżynom, o które przy leczeniu wypadnięcia przy szczególnie silnym ucisku wypadającej pochwy na krążek, nie trudno, trzymam się oddawna pewnych zasad i zachowuję szczególną ostrożność przy dobieraniu krążka, który wymaga szczególnej cierpliwości tak ze strony chorej, jak i lekarza. Po założeniu krążka odpowiedniej wielkości poraz pierwszy, musi chora za jakiś czas (kilka dni) przyjść do powtórnego zbadania, przyczem przekonuję się, czy krążek należycie trzyma, i nigdzie pochwy nie ugniata, ani też zbytnio nie rozciąga. Krążek dobrze dobrany nie powinien oprócz tego sprawiać chorej żadnych dolegliwości; chora nie powinna wogóle odczuwać obecności krążka. Gdy się w końcu przekonam, że odpowiedni krążek został dobrany, otrzymuje chora oprócz ustnego jeszcze wydrukowane pouczenie, które brzmi jak następuje:

Wskazówki dla kobiet noszących krążek.

1) Krążek nosi się tak długo, jak długo lekarz uzna za stosowne (wyjątkowo i kilka lat).

2) Dla zapobieżenia możliwym złym następstwom należy od czasu do czasu (przynajmniej co pół roku) zgłaszać się do lekarza dla kontroli i gruntownego oczyszczenia pochwy i krążka.

3) Natychmiast należy zgłaszać się do lekarza w razie wystąpienia jakichkolwiek dolegliwości w częściach płciowych, czyto bolów, czy utrudnienia w oddawaniu moczu lub stolca, czyto upławów obfitszych lub krwawień i w razie, gdyby krążek sam wypadł.

4) Chora nie powinna sobie sama krążka wyjmować, a tem mniej wkładać go sobie bez pomocy lekarskiej.

5) Każda kobieta, nosząca krążek, powinna się codziennie (z wyjątkiem dni podczas peryodu) przestrzykiwać w leżącej pozycyi pełną koneweczką Hegara, napełnioną wodą przegotowaną, wystałą (ledwie letnią, ewentualnie z dodatkiem lekarstwa[2]), o ile je lekarz przepisze) i uważać na regularne wypróżnienia (moczu i stolca).

6) O ile kobieta nosząca krążek zastępuje w ciążę powinna krążek nosić do końca czwartego miesiąca ciąży, poczem dla wyjęcia go i kontroli zgłosić się do lekarza.

Z kliniki chirurgicznej Uniwersytetu Jagiell. w Krakowie.

O bezmoczu odruchowym.

Napisał

Dr Adolf Eugeniusz Klęsk

b. I asystent kliniki.

(Dokończenie).

Inaczej rzecz się przedstawia, gdy zmiany w nerkach lub nerce są nieznaczne. Każda cząstka miąższu nerkowego ma swe specyalne zadanie, nic też dziwnego, że równowagę tę przez operacyę łatwo zachwiać możemy. Doświadczenie kliniczne poucza nas też, że najłatwiej występuje bezmocz odruchowy właśnie po operacyach w nerkach stosunkowo zdrowych. Langemak w pracy swej: »Über die Wirkung der Nephrotomie nach Nephrectomie« (Deutsch. Zeitft. f. Chir., 1903) zastanawiał się także nad wpływem obustronnych zabiegów w nerkach na ustrój. Doświadczenia swe podjął, aby się przekonać, czy można po wycięciu jednej nerki robić nacięcie drugiej. Z 55 zwierząt operowanych padło 41. Po wycięciu jednej nerki zauważył Langemak przy następowej nefrotomii drugiej nerki bardzo często tworzenie się złogów (w 32%, co Langemak tłómaczy sobie większem wydzielaniem się soli w pozostałej nerce). Wogóle uważa Langemak zabiegi na obu nerkach za bardzo niebezpieczne. W doświadczeniach moich (na 10 psach) wykonałem u 8 psów obustronne zabiegi na nerkach i to u 6 na jednem posiedzeniu, u 2 dwuczasowo. Psy operowane obustronnie jednoczasowo, padły wszystkie mniej więcej w trzy dni po zabiegu, z wyjątkiem psa Nr 3 (podwiązanie lewego moczowodu, a założenie przetoki prawego). Pies ten padł dopiero po tygodniu, gdy rozwinęło się u niego ropne zapalenie miedniczki nerki działającej. Z psów operowanych dwuczasowo pies Nr 1 przetrzymał oba zabiegi, podobnie pies Nr 8 (por. doświadczenie). Z psów operowanych jednostronnie padł pies Nr 9 wskutek bezmoczu i zakażenia ropnego miedniczki po stronie operowanej. Pamiętać jednak należy, że psy, operowane jednoczasowo obustronnie, miały przed operacyą nerki zdrowe. Jak z tego widać, rokowanie przy równoczesnych operacyach na obu nerkach lub moczowodach, musi być bardzo złe. Natomiast operacye dwuczasowe mogą dać o wiele lepsze wyniki, oczywiście pod warunkiem, że sprawność nerki już operowanej jest stosunkowo jeszcze dobra.

[2]) Przy zapisywaniu lekarstw do przestrzykiwań unikam środków krystalicznych, które łatwo osadzają się na krążku, oskorupiają go, przez co mogą ułatwić powstanie odleżyny. Zapisuję przeto zwykle środki przeciwgnilne płynne.

Krążek wyrabia wyłącznie: H. Reiner, Wiedeń, van Swietengasse 10

W doświadczeniach moich przekonałem się także, że cewnikowanie pęcherza moczowego i jego opróżnienie jest podnietą do wydzielania moczu, natomiast wypełnienie pęcherza wpływa wstrzymująco na wydzielanie moczu. Zjawisko to jest jakby celowe, broni bowiem niejako częściowo ustrój przed zbyt szybkiem i nadmiernem wypełnieniem się pęcherza. Często spostrzegać też można przypadki, w których mimo kilkodniowego zatrzymania moczu, ilość jego, zebrana z pęcherza nie odpowiada tej ilości, jakąby przez ten czas nerki prawidłowo wydzielić powinny, lecz jest znacznie mniejsza. Że wypełnienie pęcherza może działać hamująco na wydzielanie moczu, o tem poucza najlepiej następujące spostrzeżenie z mej prywatnej praktyki:

Porucznik, L. F., zgłosił się do mnie, podając, że przed 4 laty nagle na manewrach, po wielkim wysiłku fizycznym nie mógł przez dobę zupełnie oddać moczu. Potem zaczął oddawać mocz przez 2 następne dni w bardzo skąpej ilości (około 250 grm na dzień). Zgłosił się wtedy do lekarza, przypuszczając, że przyczyną tego jest może zwężenie cewki po przebytym wiewiórze. Cewnik nr 18 wchodził bez trudności, a w krótkim czasie wchodził nawet nr 25. Od tego czasu jednak spostrzegał chory stale, że skoro pęcherz się więcej napełni, n. p. wskutek zapomnienia oddania moczu przy obfitszem piciu, zaraz przez następny dzień lub i kilka dni odchodził mocz, zresztą zupełnie prawidłowo i bez parcia, ale w bardzo skąpej ilości, czasem szklankę na dobę. Chory zgłosił się więc do Dra Kapsammera, który przy badaniu cystoskopem znalazł zupełnie prawidłowe stosunki. Pęcherz o dużej pojemności, w nerkach żadnych zmian stwierdzić nie zdołano. Wobec tego rozpoznał Kapsammer nerwowe cierpienie pęcherza i wyraził zdanie, że wypełnienie pęcherza działa tu odruchowo ujemnie na wydzielanie moczu. Obecnie chory, o ile oddaje mocz często (n. p. 2—3 razy w nocy), nie czuje żadnych dolegliwości. Gdy jednak w nocy zaśpi, a moczu nie odda, zaraz na drugi dzień mocz wydziela się bardzo skąpo, a natomiast poci się chory ogromnie tak, że musi kilka razy zmieniać bieliznę. Pot jest zupełnie bez woni. Kilkakrotne badanie moczu nie stwierdziło żadnych wybitnych zmian.

Dodać należy, że pęcherz opróżnia się zawsze dobrze po oddaniu moczu i zupełnie niema moczu zastoinowego. Z polecenia Dra Kapsammera przechodzić ma chory leczenie wodą, jakoteż używać miesienia wibracyjnego pęcherza. Obecnie chory nauczył się oddawać mocz regularnie w dzień i w nocy, nie ma też dlatego żadnych przypadłości.

Usunięcie pęcherza moczowego lub odcięcie obu moczowodów albo nawet i jednego, wywołuje, krócej lub dłużej trwające zatrzymanie wydzielania moczu. O podobnym przypadku bezmoczu (mimo obfitego podawania płynów) po pęknięciu pęcherzowego końca prawego moczowodu wspomina Hildebrand. Jak wspomnieliśmy przy obustronnem podwiązaniu moczowodów następuje śmierć w kilku (mniej więcej 3) dniach wśród objawów mocznicy. Fakt ten dozwala nam właśnie odróżniać bezmocz prawdziwy odruchowy, od bezmoczu, powstałego na tle mechanicznem. W przypadku bezmoczu mechanicznego, mocz wytwarza się ciągle, choć może w mniejszej ilości, niż zwykle. Wskutek tego rozszerza się miedniczka, a potem i nerki ulegają powiększeniu. Wytwory wymiany materyi nie mogąc wydzielić się z moczem, zbierają się w wielkiej ilości w ustroju i szybko wywołują zatrucie. Inaczej w bezmoczu prawdziwym. Tu nerki nie działają wcale, a szkodliwe wytwory muszą się inną drogą wydostawać z ustroju Bezmocz odruchowy trwać też może, jak widzieliśmy, i kilka tygodni, co przy bezmoczu mechanicznym jest niemożebne.

W doświadczeniach swoich nie mogłem wprawdzie stwierdzić typowego, dłużej trwającego bezmoczu odruchowego, ale często natomiast spostrzegałem wstrzymanie wydzielania moczu w nerce drugiej. Śledzenie sprawy na zwie-

rzętach jest pod tym względem naturalnie bardzo trudne. Trudność ta sprawiała, że musiałem badać wydzielanie moczu drogą przetok, co często znów wiodło do zakażenia dróg moczowych. Mimo to z doświadczeń swoich odniosłem wrażenie, że bezmocz odruchowy stanowczo istnieje. Jest on wprawdzie objawem bardzo niestałym i nieobliczalnym, ale w istnienie jego wątpić nie można. Zahamowanie czynności jednej nerki przy schorzeniu drugiej następuje drogą odruchu układu współczulnego. Zmiany krążenia w jednej nerce odbijają się zaraz na wydzielaniu moczu w drugiej, zaciśnięcie tętnicy lub żyły wywołuje zmniejszenie się wydzielania moczu lub nawet i bezmocz także po stronie przeciwnej. Po podwiązaniu moczowodu wydzielają się z nerki najpierw główne sole, a potem woda. Wzmożenie parcia w jednej nerce, lub silne wypełnienie pęcherza wpływa ujemnie na wydzielanie moczu z nerki drugiej, silne wypełnienie pęcherza może upośledzać wydzielanie moczu z obu nerek. Drażnienie nerwów, zwłaszcza trzewnych, a nawet i obwodowych, wpływa również ujemnie na wydzielanie moczu. W uśpieniu (narkozie) w okresie podniecenia zwiększa się wydzielanie moczu, w okresie tolerancyi zmniejsza. Ból wpływa również ujemnie na czynność wydzielniczą nerek.

Za bezmoczem odruchowym przemawiają: 1) nagłe wystąpienie, często z bolem, 2) brak poprzedniego przewlekłego moczenia skąpego, 3) brak danych, tłómaczących bezmocz nerki drugiej, 4) zupełnie prawidłowa czynność obu nerek przed zasłabnięciem, 5) mimo dłuższego trwania bezmoczu, stosunkowo dobry stan chorego, 6) na pewno wykazalna zmiana w jednej nerce, 7) nagłe ustąpienie bezmoczu, samoistne lub po operacyi.

Sprawa rokowania przy bezmoczu i operacyach nerkowych nie jest wcale prostą. Próby sprawności nerek nie mogą nam dać przy zamierzonych operacyach na nerkach żadnej co do możliwego bezmoczu pewności. Nieraz mimo dodatniego wyniku prób bezmocz po operacyi występuje, a często znów mimo ujemnych prób i mimo widocznych zmian w obu nerkach operować trzeba koniecznie i operuje się z dobrym wynikiem. W tej też myśli wypowiedział Rovsing zdanie: »Jeszcze raz przestrzegam, by nie ufać ślepo próbom oceniania sprawności nerek. Nie operowanie z reguły wtedy, gdy próby wypadną ujemnie, jest korzystne, ale tylko dla chirurga i jego statystyki, nie zaś dla chorych, z których wielka liczba umiera bez pomocy, choć niejeden z nich mógłby żyć, a nawet wyleczyć się«. Na tem stanowisku stoi i klinika krakowska.

Zwykle mamy wskazówki pewne, na której nerce należy operować. W przypadkach niejasnych należy wykonać laparotomię środkową lub odsłonić od lędźwi obie nerki. Przy obustronnej kamicy operuje Kümmell przy kamieniach małych najpierw tę nerkę, która ostatnia przebyła kolkę, przy kamieniach zaś dużych, wypełniających prawie całą miedniczkę, operuje Kümmel nerkę gorszą w tej myśli, by przez ten czas, kiedy nerka operowana przychodzi do siebie, działała za nią nerka zdrowsza. W razie nagłego bezmoczu operuje Kummel po stronie zdrowszej, w przypadkach przewlekłych po gorszej. Drugą nerkę operuje po pierwszej w 6 do 8 tygodni. Te zapatrywania Kümmlla oparte są na rozległem doświadczeniu klinicznem; nie mogą jednak szablonowo obowiązywać, bo nie zawsze możemy przy obustronnych zmianach w nerkach ocenić nawet jeszcze przy operacyi, która właściwie nerka jest lepsza, a która gorsza. W razie poważnych zmian w obu nerkach należy przedewszystkiem operować nerkę gorszą, a na zdrowszej ograniczyć się do najmniejszego, ile możności, zabiegu, n. p. do zepchnięcia kamienia, nacięcia ropnia i t. p. Operacya na nerce stosunkowo zdrowej jest bardzo niebezpieczna ze względu na możliwość wystąpienia bezmoczu. Zwolna występujące obustronne zmiany w nerkach nie przedstawiają w zasadzie większego niebezpieczeństwa bezmoczu, niż szybko powstała zmiana jednostronna. Nawet wycięcie jednej nerki, a nacięcie drugiej z powodu zmian przewlekłych jest zabiegiem dozwolonym. Zupełne zniszczenie nerki uprawnia do wycięcia jej mimo stwierdzonych i po stronie drugiej zmian. Najgorsze rokowanie co do bezmoczu daje operacya nagła na nerce stosunkowo zdrowej, zwłaszcza, jeżeli po stronie drugiej stosunki nie są zupełnie prawidłowe i istnieje zmiana w miąższu nerki lub zakażenie miedniczki.

Odruch nerkowy wywołać może w drugiej nerce nietylko zmniejszenie się wydzielania lub bezmocz, ale także i obfitsze wydzielanie się moczu. Wspominaliśmy już o tem, omawiając wpływ zakładania podwiązki na moczowód i wpływ jej usuwania. Klinicznie takie obfite wydzielanie się moczu spostrzegamy często po ustąpieniu bezmoczu, powstałego n. p. po zatkaniu lub skręceniu moczowodu po jednej stronie. Odruchowem jest też wzmożone wydzielanie się moczu *(polyuria)*, występujące w nerce, pozostałej po wycięciu chorej. Nie jest to wyrazem przerostu pozostałej nerki, zjawia się bowiem bardzo wcześnie, a więc wtedy, gdy przerost nie miał jeszcze czasu się wytworzyć. Ilość wydzielanego moczu przewyższać może przytem przypuszczalną ilość moczu z obu nerek razem.

Doświadczenia.

1. Pies średniej wielkości. Ilość dzienna moczu około 500 gm, bez zmian. Dnia 25. XI. w uśpieniu eterowem odsłonięto moczowód lewy i wszyto do kąta rany. Mocz wydobywa się kroplami przez wsunięty cewnik. Po operacyi przez dobę pies sam moczu nie oddaje. Cewnikowanie pęcherza: wydobyto około 30,0 gm moczu. Rada zgoiła się z pozostawieniem przetoki moczowodowej. W miesiąc po tem cewnikowanie przetoki moczowodowej. Po wsunięciu cewnika wypłynęło około 2 gm moczu z miedniczki, poczem przez 5 minut mocz nie wypływał, dopiero potem zaczął się wydobywać stopniowo tak, że w ciągu 15 minut wypłynęło 11 gm moczu, co odpowiadałoby ilości 936 gm z jednej nerki na dobę (a więc wybitna polyuria).

Doświadczenie to pouczyło nas, że zabieg na moczowodzie i założenie przetoki wpłynęło ujemnie na czynność drugiej nerki, która przez dobę wydzieliła zaledwie 30,0 gm moczu[4]). Cewnikowanie moczowodu z rany wpływa z początku ujemnie na wydzielanie moczu, poczem następuje wybitna polyuria.

26. XII. Odsłonięto nerw kulszowy lewy i drażniono go elektrycznie. Mocz z cewnika przestaje się wydobywać, po ustaniu jednak drażnienia zaczyna powoli znowu odpływać. Podobne zjawisko i przy drażnieniu prawego nerwu.

2. Pies średniej wielkości. Ilość dzienna moczu około 500 gm. 28. XI. Odsłonięcie prawego moczowodu i wszycie jego w kąt rany skórnej. Wytwarza się przetoka moczowodowa. — 21. XII. Wydobyto z pęcherza 90 gm moczu. Równocześnie założono cewnik do przetoki moczowodowej. Laparotomia. Cewnik tkwi ciągle w prawym moczowodzie; z niego wypływa miarowo mocz. Przy manipulacyach na lewym moczowodzie zaczyna mocz coraz powolniej kapać z cewnika, a nawet w końcu ustaje wypływać. Wszycie moczowodu lewego w drugi kąt rany. Przy operacyi przekonano się, że nerka prawa jest większa od lewej.

[4]) Moczowody otwierano zwykle mniej więcej w połowie długości. Dolny odcinek (pęcherzowy) w razie przecięcia zaszywano na ślepo.

22. XII. O ile to było możebne, zebrano cewnikiem, założonym na stałe do przetoki prawego moczowodu w ciągu doby około 180 gm moczu, zawierającego ślad białka. Ilość ta odpowiada mniej więcej wydzielaniu prawidłowemu, zwłaszcza, że przyjąć trzeba, iż obliczenie to z powodu trudności technicznych jest za nizkie. — 23. XII. Otwarto lewy moczowód, wszyty w kąt rany i wydobyto cewnikiem około 6 gm moczu mętnego o oddziaływaniu kwaśnem, zawierającego 2⁰/₀₀ białka, ciałka krwi czerwone i białe obficie, kryształki szczawianów i skąpe nabłonki.

Doświadczenie to poucza, że nagłe zamknięcie przeciętego moczowodu i umocowanie jego w powłokach skórnych, wywołało zastój w wydzielaniu moczu (6 gm), który wydzielił się ze składnikami chorobowymi (ciałka krwi, białko). W przypadku tym druga nerka nie była zdrowa (powiększenie jej, ślad białka). Jednakże mimo zabiegu na drugiej nerce ilość moczu pozostała prawidłowa.

3. Pies duży. Ilość dzienna moczu 700 gm. 2. XII. Moczowód lewy podwiązano w ciągłości, prawy przecięto i wszyto w powłoki brzuszne. 3. XII. Bezmocz zupełny z nerki prawej. 4. XII. Zupełny bezmocz. 9. XII. Drgawki. Śmierć.

Sekcya: Nerka lewa nieco większa, niż prawa zawiera w rozszerzonej miedniczce około 10 gm moczu mętnego, zawierającego białko i ciałka krwi. Zapalenie miedniczki nerki prawej.

Bezmocz w pierwszych dniach mógł pochodzić z odruchowego zatrzymania moczu, następnie zaś nie można było o tem mówić, gdyż wystąpiły zmiany zapalne.

4. Suka średniej wielkości. Ilość dzienna moczu około 550 gm. 18. XII. Tuż ponad pęcherzem odpreparowano oba moczowody. Po przecięciu prawego dobywa się z niego kroplami miarowo mocz. Podwiązano przecięty moczowód, poczem nacięto lewy i wsunięto do niego cewnik. Mocz wydzielał się, lecz tylko krótką chwilę, poczem wydzielanie ustało tak, że przez 20 minut nic się nie wydzieliło. Po 20 minutach czekania wstrzyknięto do miedniczki lewej przez moczowód około 8 gm wody jałowej, moczowód zawiązano i zapuszczono do jamy brzusznej. Po zdjęciu podwiązki z moczowodu prawego (za 35 minut) wydobyto zaledwo 1 gm moczu. Wszycie moczowodu w ranę skórną na ślepo. 19. XII. Otwarto moczowód prawy w ranie i wydobyto 12 gm moczu mętnego, barwy bursztynowej o oddziaływaniu kwaśnem; ślad białka, mikroskopowe ciałka krwi czerwone, nabłonki, szczawiany. Mocz po otwarciu wydobywał się kroplami miarowo w ilości około 450 gm na dobę (polyuria następowa).

Z doświadczenia tego wynika, co następuje: Nagłe podwiązanie moczowodu może zatrzymać w zupełności wydzielanie moczu z nerki zdrowej. Zawiązanie moczowodu po wstrzyknięciu płynu w ilości, wypełniającej zupełnie miedniczkę, działa ujemnie na wydzielanie moczu drugiej nerki. Usunięcie zaś tej przeszkody działa moczopędnie na drugą nerkę.

20. XII. Z prawego moczowodu wydobyto cewnikiem w 15 minut 11 gm moczu (oddziaływanie obojętne, ciałka białe, czerwone, liczne nabłonki nerkowe, szczawiany, białka 1⁰/₀₀ Esbach). Wieczorem suka nieprzytomna, w nocy śmierć.

Sekcya: Nerka prawa powiększona o $^1/_3$. W miedniczce prawej 5 gm. moczu mętnego. (Wynik badania jak wyżej). Nerka lewa (podwiązana, do której wstrzyknięto 8,0 płynu), zawiera około 15,0 moczu gęstego, zawierającego szczawiany, ciałka krwi białe i czerwone, białka 2⁰/₀₀.

5. Pies mały. Ilość dzienna moczu 450 gm. 2. I. Wszycie równoczesne na jednem posiedzeniu obu moczowodów w powłoki. 4. I. Otwarto moczowody i wydobyto z prawego 12 gm moczu, z lewego zaledwo kilka kropel. 6. I. Śmierć. W prawej miedniczce nerkowej 15 gm moczu krwawego.

6. Pies mały. Ilość dzienna moczu 500 gm. Założono do obu moczowodów cewniki. Mocz po wahaniach w wydzielaniu zaczął się dobywać kroplami. Wycięcie pęcherza moczowego Wydzielanie moczu zaraz ustało. Pies zginął przy operacyi.

7. Pies średniej wielkości; ilość dzienna moczu 500 gm. 13. II. Laparotomia. Podwiązano oba moczowody i wszyto w dolny kąt rany skórnej. 16. II. Pies wychudł znacznie. Nie chce nic pić, w nocy padł.

Sekcya: Nerka prawa w dwójnasób powiększona, liczne zrosty z otoczeniem. W miedniczce 10 gm moczu ropiasto-krwawego, zawierającego białko, ciała ropne i kryształki soli. Nerka lewa prawidłowej wielkości, miedniczka zawiera około 15 gm treści takiej samej, jak prawa.

8. Pies średniej wielkości. Ilość dzienna moczu 500 gm. 18. II. Założono jak zwykle przetokę moczowodu lewego. 15. III. Laparatomia: przy równoczesnem założeniu cewnika do przetoki i śledzeniu wydzielanie moczu. Podniecenie przy narkozie wywołuje szybsze wydzielanie się moczu, natomiast w okresie toleracyi wydzielanie moczu zmniejsza się. W półuśpieniu przy cięciu powłok wydzielanie moczu zmniejsza się, a nawet czasem ustaje zupełnie. Rozcięcie jamy brzusznej. W przetoce założonej z boku tkwi ciągle cewnik. Odszukanie prawej nerki, podciągnięcie jej do rany. Wszelkie manipulacye z moczowodem prawym, jak zaciśnięcie, skręcanie jego szczególnie w okolicy miedniczki objawia się ustawaniem wydzielanie moczu z przetoki moczowodowej lewej.

9. Pies średniej wielkości; ilość dzienna moczu 480 gm. 25. V. Wypreparowano moczowód prawy i włożono do niego cewnik. Mocz odpływa miarowo kroplami. Drażnienie prądem przerywanym moczowodu lewego, pęcherza i prącia wywołuje zwiększenie wydzielania się moczu z nerki prawej. Natomiast drażnienie nerwów i naczyń nerki prawej wywołuje zwolnienie lub nawet i czasowe ustawanie wydzielania moczu, po odjęciu zaś elektrody wydzielanie moczu znowu się zwiększa. Nagłe skręcenie całej szypuły nerki lewej wywołuje wstrzymanie wydzielania moczu, po odkręceniu zaś (chwilowem) wydziela się mocz obficiej i dalsze skręcania nie wpływają już wybitniej na wydzielanie się moczu. Zaciśnięcie żyły głównej lub naczyń nerki (po stronie lewej) wstrzymuje odpływ moczu z nerki drugiej. Zaszycie rany z pozostawieniem przetoki. 26. V. Z przetoki nie dobywa się prawie nic. Pies leży spokojnie. 28. V. Śmierć. Pęcherz moczowy całkiem pusty, podobnie miedniczka nerkowa lewa, w prawej stwierdzono zapalenie.

10. Pies ten sam. co w doświadczeniu pierwszem. 20. I. Do przetoki włożono cewnik. Cewnikowanie pęcherza moczowego i wszelkie manipulacye koło prącia wywołują znaczne przyśpieszenie wydzielania moczu. Wypełnienie pęcherza moczowego płynem wywołuje zwolnienie wydzielania moczu, w miarę zaś opróżnienia pęcherza wydzielanie moczu znowu się zwiększa. Laparatomie: Odszukanie nerki prawej. Skręcanie nerki nie wywiera wybitnego wpływu na wydzielanie moczu, natomiast zaciśnięcie tętnicy nerkowej wywołuje ustanie wydzielania moczu z nerki przeciwnej; po ustaniu ucisku wydzielanie moczu wraca dość szybko do stanu prawidłowego. Powolne skręcanie moczowodu nie wywołuje wielkich zmian, natomiast nagłe wywołuje również zahamowanie wydzielanie moczu z nerki przeciwnej.

11. W uśpieniu eterowem cięcie w linii środkowej brzucha. Odpreparowanie moczowodu prawego i wprowadzenie do niego cewnika. Mocz dobywa się kroplami po chwilowej przerwie, która nastąpiła bezpośrednio po wprowadzeniu cewnika. Wycięcie nerki lewej. Wśród tego wydzielanie moczu z cewnika zupełnie ustało. Przez dzień nie udało się nazbierać z przetoki moczu. Trzeciego dnia pies zdechł wśród objawów zapadu i silnych wymiotów. Przy sekcyi znaleziono nerkę prawą powiększoną. W miedniczce około 15 gm moczu jasnego.

Piśmiennictwo bieżące.

Chirurgia.

Hosemann. **Czy postępowanie podług Müllera nadaje się do odróżniania ropy gorącej od gruźliczej zapomocą odczynnika Millona?** (*Münch. med. Wochs.*, 1908, Nr 39). Próba Müllera, jak wiadomo, polega na tem, że kropla ropy »zimnej« gruźliczej krzepnie zaraz w odczynniku Millona w postaci twardej, niedającej się rozbić kulki, ropa zaś »gorąca« albo rozpływa się, lub tworzy kulkę, dającą się łatwo rozgnieść. Ta zdolność krzepnięcia zależy od zaczynu, zawartego w ciałkach wielojądrzastych, który przeszkadza krzepnięciu; ropa gruźlicza zaś go nie zawiera chyba, że pochodzi ona z zakażenia mieszanego, lub też, że ropień leczony był przedtem jodoformem i wskutek tego zawiera także ciałka wielojądrzaste. Próby kontrolne H., przeprowadzone na 66 ropach, przekonały go, że odczyn Müllera jest bardzo cennym czynnikiem rozpoznawczym, ropa musi być jednak płynną i nie zawierać włóknika, ani krwi, innych wysięków w większej ilości, ani mazi stawowej. Odczyn wymaga czasem kilka minut czasu, nim kulka się utworzy. Jeżeli domiesza się do ropy gorącej krew lub maź stawowa, kropla krzepnie, jak ropa »zimna«. Czerwone zabarwienie odczynnika, które według Müllera zjawiać się ma przy gorącej ropie, występuje rzadko i nietypowo, a często dopiero po 15 minutach, ale przy ropie gruźliczej nie występuje nigdy. Próba Müllera nadaje się bardzo dla lekarza w godzinie ordynacyjnej, bo wykonanie

jej jest bardzo proste i może w ogólnych zarysach zastąpić w wątpliwych przypadkach badanie bakteryologiczne, a wygodna jest o tyle, że może ją n. p. wśród operacyi wykonać przy lekarzu nawet laik. Należy jednak zawsze pamiętać o możliwych pomyłkach, o których wyżej wspomniano. *K.*

Prof. Rovsing. **O pewności drobnowidowego rozpoznania nowotworów, jako podstawy zabiegów chirurgicznych.** (*Münch. med. Wochs.*, 1908, Nr 38). Nauka Virchowa o nowotworach stać się zdawała na zupełnie pewnych podstawach, a podział nowotworów na nabłonkowe i tkanki łącznej z typem łagodnym lub złośliwym, znalazł uznanie u wszystkich do tego stopnia, że rozpoznanie drobnowidowe stało się dla każdego chirurga potrzebą i wskaźnikiem, kierującym niejako jego ręką. A jednak każdy, kto ma większe kliniczne doświadczenie, przyzna, jak często to rozpoznanie stawia nas w kłopotliwem położeniu, bo nieraz w przeciwieństwie do objawów klinicznych, wykrywa ono nowotwór złośliwy tam, gdzie go się wcale nie spodziewamy, i naodwrót wyłącza go tam, gdzie wszelkie kliniczne dane za nowotworem złośliwym przemawiają. Pierwsze wątpliwości co do pewności drobnowidowego badania wzbudziły w R. przypadki nowotworów pęcherza i nerek. Te same nowotwory nerkowe nazywają jedni mięsakami, drudzy rakami, a trzeci śródbłoniakami. Nieraz zdarzyło się R., że rozpoznane przez anatomo-patologów »łagodne« brodawczaki pęcherza zachowywały się w przebiegu klinicznym jak raki, podobnie też nowotwory odbytnicy. Na to mógłby ktoś powiedzieć: Przecież zupełnie jest możliwe, że nowotwór aż do operacyi był łagodny, a dopiero potem zmienił charakter, lub też miejsce wycięte do badania pochodziło z nowotworu łagodnego, a były już i inne o przeobrażeniu złośliwem, na które nie trafiliśmy. To uspokaja jednak może nasze sumienie, ale nie usprawiedliwia nas przed chorymi, ani też nie może wzmocnić zaufania do pewności badania drobnowidowego. O ileż jeszcze mniejszą wartość mają badania n. p. wyskrobanych cząstek, gdzie nie można nieraz spotkać granicy przejścia tkanki zdrowej w chorą. Ileż to razy usunięto dlatego macicę, a potem przy badaniu całego narządu nie znaleziono ani śladu raka, a ileż znowu razy po »wyskrobaniu« nowotworu złośliwego znikł on potem bez śladu. Ileż wreszcie razy zalecamy chorym odjęcie kończyny z powodu tego, że badanie drobnowidowe stwierdziło nowotwór złośliwy; chory na szczęście nie zgadza się na zabieg i po paru latach spotykamy go zupełnie zdrowego. A czyż chlubne wyniki doszczętnej operacyi nowotworów nie polegają nieraz na takich okolicznościach? Zwłaszcza rozpoznawanie drobnowidowe mięsaków bardzo często wywołać może grube pomyłki, bo nieraz obraz mięsaka niewiele różni się od obrazu n. p. kiłowych guzów ziarninowych, nacieków okrągłokomórkowych, n. p. przy zapaleniu okostnej, szpiku kostnego i t. p. Tych wątpliwości nie znają lekarze praktyczni. Oni wierzą ślepo w prawdę nauki i rozpoznanie anatomo-patologa zbije zaraz ich rozpoznanie pierwotne, choćby było ono oparte na najjaśniejszym i najpewniejszym obrazie klinicznym. Że tak jest, doświadczył w swej praktyce R. nieraz, a żywo tkwią mu w pamięci 2 przypadki zapalenia szpiku kostnego uda, które anatomo-patolodzy drobnowidowo rozpoznali jako mięsaki. Chorym zaproponowano odjęcie nogi. Na szczęście nie zgodzili się oni na to, a w pewien czas dokonane przez R. badanie promieniami Röntgena wykryło typowe martwaki, co też operacya i przebieg potwierdziły. Raz też wydarzyło się R., że wyciął guz z żołądka, bo sprawiał wrażenie mięsaka. Badanie drobnowidowe, wykonane przez jednego z wybitnych zawodowców, stwierdziło nowotwór »łagodny«, wobec czego R. przedstawił nowotwór ten na posiedzeniu Tow. lek. jako łudząco przypominający mięsaka. Kilku kolegów zabrało też cząstki do badania i potwierdziło zdanie pierwszego badacza, natomiast jeden znalazł w swoim kawałku typowy nowotwór złośliwy. Tak jednak skrupulatnie nie można badać zawsze, zwłaszcza, że wycięcie próbne guza nie jest, (o ile on jest złośliwy), obojętne dla następowego przebiegu i zabiegu, a nieraz rozsiewa guz dalej. Badanie drobnowidowe powinno być jedynie czynnikiem pomocniczym, a nie zasadniczym i nigdy nie powinniśmy zapominać wobec niego o przebiegu choroby, obrazie klinicznym i innych sposobach badania. *K.*

Hartung. **Podchloryn sodowy jako środek odkażający.** (*Mediz. Klinik,* 1908, Nr 39). H. zwraca uwagę na podchloryn sodowy jako wcale skuteczny, a zapomniany środek odkażający do leczenia zakażonych ran i wrzodów. Stosował go H. w roztworze (zawartość chloru 0,5%) przy ranach brudnych, przy przewlekłych zapaleniach szpiku kostnego, wrzodziejących rakach i przetokach po wycięciu żebra z powodu ropniaków opłucnej z bardzo dobrym skutkiem, podobnie przy trudnych do gojenia ranach kąsanych i róży. Zwłaszcza nadaje się podchloryn sodowy do niszczenia prątka ropy błękitnej na ranach. Środek ten nie jest wcale trujący. *K.*

Krajča. **W sprawie pokrywania nabłonkiem powierzchni ziarninowych przy pomocy maści szkarłatowej.** (*Münch. med. Wochs.*, 1908, Nr 38). W r. 1906 zwrócił Fischer uwagę na okoliczność, że czerwień szkarłatowa pobudza bardzo bujanie nabłonka. Praktycznie wyzyskał to Schmieden, stosując 8% maść szkarłatową przy pokrywaniu się nabłonkiem powierzchni ziarninowych. Doświadczenia K. z tą maścią popierają w zupełności powyższe twierdzenia. K. stosował także 8% maść, tylko z tą różnicą, że używał jej naprzemian po 24 godzin ze zwykłą maścią borową, a to dlatego, że maść ta czasem za silnie drażni skórę. Wyniki bardzo dobre. Zwłaszcza skuteczną okazała się ta maść w połączeniu z przeszczepianiem nabłonka podług Thierscha, które wykonuje się najpierw, a w 4 dni później stosuje się maść. Miejsc leczonych nie należy pokrywać z wierzchu ceratką, jak to radził Schmieden, bo działanie wtedy jest zbyt drażniące. Maść sporządza się w ten sposób, że czerwień szkarłatową rozpuszcza się w oleju chloroformowym i rozciera dopóty, aż chloroform wyparuje, poczem miesza się z waseliną. Maść ta nadaje się także bardzo dobrze do przyspieszenia pokrywania się nabłonkiem jam po operacyi na wyrostku sutkowym. *K.*

Prof. Hopmann. **Obawa przed operacyą migdałków.** (*Münch. med. Wochs.*, 1908, Nr 38). O ile dawniej wycinano migdałki bez skrupułu, o tyle obecnie odezwały się głosy przeciwko temu zabiegowi, podnosząc, że: 1) migdałki są niewinnym narządem, a brak ich więcej może zaszkodzić, niż pomódz, 2) zabieg nie pomaga wcale, a jest niebezpieczny ze względu na uśpienie i możliwy krwotok, 3) usuwanie ewentualne całych migdałków jest zbyteczne, bo osiąga się ten sam cel przez pomniejszenie częściowe migdałków, lub i inne sposoby lecznicze. H. zbija po kolei te twierdzenia. I tak po pierwsze usuwa się migdałki nie dlatego, że są n. p. duże, lecz tylko wtedy, gdy są one źródłem zakażenia, gdy wywołują mechaniczne zaburzenia oddechu, mowy, słuchu, połykania i t. p. Usunięcie migdałka chorego nie może szkodzić, bo wprawdzie migdałki są potrzebne, ale migdałki zdrowe. Prócz tego pozostaje zawsze w gardle nawet po najdoszczętniejszym zabiegu jeszcze dość tkanki limfatycznej. Operacya napewno pomoże, ale też należy ją wykonać doszczętnie, a nie częściowo, jak to najczęściej bywa. Migdałki podniebienne należy usunąć doszczętnie. Należy naturalnie uważać, by nie ranić łuków tak ze względu na krwawienie, jak ze względu na późniejsze trudności połykowe. Przy doszczętnym zabiegu konieczne jest uśpienie. Obawy krwotoku są przesadzone. O zranieniu tętnicy szyjnej wewnętrznej i mowy nie ma; wyjątkowo przytykać może do migdałka jakaś inna rozszerzona tętnica, co daje się przedtem zawsze palcem po tętnieniu stwierdzić. Migdałki podniebienne należy o ile możności wyłuszczać zakrzywionemi nożyczkami, których zewnętrzne brzegi są zaostrzone. Tak samo doszczętnie postępować należy z migdałkiem gardłowym i językowym. Wszelkie zabiegi częściowe, przypalania i t. p. nie prowadzą nigdy do celu. Operować należy dzieci o ile możności najwcześniej, na jednem posiedzeniu. Doświadczenie swe opiera H. na przeszło 300 podobnych zabiegach. *K.*

Warnekros. **Etyologia rozszczepu podniebienia.** (*Pos. Tow. lek. Lipsk*, 14. VIII.). Badania W. przemawiają za tem, że za przyczynę rozszczepu podniebienia uważać należy nadliczbowe zęby, a nie niezrośnięcie się szczęk górnych z kością śródszczękową (Goethe). Dowodzą tego prawie zawsze znajdowane przez anatomów nadliczbowe zęby przy rozszczepie, a nawet przy wardze zajęczej i występowanie nadliczbowych zębów u rodzeństwa chorych w tych rodzinach, w których występuje rozszczep. W. obmyślił obturatory podniebienne, które są znacznie mniejsze, niż dotychczas używane. Stosuje się je już nawet u noworodków. *K.*

Leischner. **Pooperacyjne uszkodzenia strun głosowych po wyjęciu wola i ich późniejszy los.** (*Mitteil. a. d. Grenzgb. d. Med. u. Chir.*, tom 19, zesz. II). Porażenia strun głosowych, powstałe przez przecięcie nerwu lub wzięcie w podwiązkę, nie znikają anatomicznie, a jedynie głos poprawia się, o ile uszkodzenie jest jednostronne. Jedynie uszkodzenia nerwu zwrotnego na innem tle mogą z czasem znikać. Rokować trzeba ostrożnie, bo jedynie lekkie niedowłady ulegają wybitnej poprawie. *K.*

Schnitzler. **Typowo sadowiący się przerzut raka żołądka.** (*Mitteil. a. d. Grenzgb. d. Med. u. Chir.*, tom 19, zesz. II). Rak żołądka daje często typowy przerzut w zaułku Douglasa.

Nieraz przerzut ten zwraca wywoływaniem dolegliwości pierwej na siebie uwagę, niż główne siedlisko, a przy badaniu może być mylnie uznany za cierpienie pierwotne. Cechuje przerzut ten położenie powyżej sterczu nieruchomość i brak zajęcia błony śluzowej odbytnicy. *K.*

Dressmann. **Rozpoznanie i leczenie zapaleń trzustki.** (*Mediz. Klinik*, 1908, Nr 38—40). Rozpoznanie chorób trzustki należało dotąd do bardzo trudnych, a nawet patologia tych cierpień niezbyt dobrze była znana. Rozróżniamy zapalenia ostre, podostre i przewlekłe, dalej zakaźne i jałowe. D. zajmuje się najpierw sprawą ostrego zapalenia z jego objawami. Choroba ta występuje zwykle u osób tęgich, które nadużywają wyskoku, po kilku wstępnych napadach kolki nagle wśród silnych bolów, usadowionych w dołku i rozpromieniających się ku grzbietowi w stronę lewą. Tętno rychło przyspiesza się, gdy ciepłota pozostaje prawidłowa lub mało co się podnosi. Zjawiają się wymioty, wzdęcie górnych części brzucha i zatrzymanie stolca lub wiatrów. Wyraz twarzy chorego wskazuje na ciężkie schorzenie. W bardzo ostrych przypadkach następuje śmierć 1—4. dnia, w lżejszych ewentualnie ognisko zapalne otorbia się i wytwarza się ropień. Bole nie występują napadami, lecz trwają ciągle, zwiększając się zwykle w 1—2 godzin po posiłku (przekrwienie trawienne trzustki). W wymiotach przeważa żółć. Czkawka każe źle rokować. Chory aż do ostatniej chwili jest przytomny. Zwykle towarzyszy cierpieniu silne pragnienie, nieraz ślinotok. Skóra wybitnie blada, na kończynach dolnych zjawiają się obrzęki. Mimo wzdęcia brzucha nie ma napięcia powłok. Przez wysokie lewatywy wywołać można odejście wiatrów i stolca. — W cierpieniach przewlekłych trzustki występują biegunki, zwłaszcza po spożyciu pokarmów tłustych (masła). Guz wymacać się nie daje. W stolcu spotyka się czasem tłuszcz, zwłaszcza w postaciach więcej przewlekłych, a często niestrawione włókna mięsne. Inne zmiany są niestałe i nie typowe, n. p. cukromocz, który zjawia się rzadko i przejściowo. Upośledzone trawienie wywołuje w postaciach przewlekłych wychudzenie bardzo szybko postępujące. Bole zjawiają się tu napadami w postaci kolek. Ostre zejście śmiertelne wywołuje zatrucie wydzielinami trzustki. Leczenie zachowawcze rzadko wiedzie do celu (12% wyzdrowień), a polega na płukaniu żołądka, lewatywach i podawaniu olejku rącznikowego. Czasem utworzony ropień pęka do jelita i następuje samowyleczenie. — Kto wie, czy w przyszłości w uodpornianiu ustroju trypsyną nie znajdziemy dzielnego środka leczniczego przy chorobach trzustki. Według dawnego zapatrywania operacya przyspieszać ma zejście śmiertelne. Tak nie jest, owszem liczba wyzdrowień u operowanych podniosła się do 45%. Oczywiście w przypadkach ciężkich o przebiegu bardzo szybkim nie ma już po co operować chorych pod koniec prawie życia. Operacya przy ostrem cierpieniu trzustki polega właściwie tylko na stworzeniu swobodnego odpływu wydzielin poza obręb jamy brzusznej. Najlepiej też prowadzić cięcie w linii środkowej nad pępkiem, albo też, gdy się czuje guz lub istnieje tam największa bolesność, nieco na lewo od linii środkowej. Do trzustki dochodzi się najlepiej przez torbę sieciową po przedzieleniu więzadła żołądkowo-okrężniczego. Rzadko okazuje się potrzeba założenia drugiego sączka od tyłu, w razie, jeżeli tam ropa się opuszcza. Ocenić przy operacyi, czy trzustka jest chora, jest czasem bardzo trudno. Zwykle spotyka się krwawy wysięk i ten w razie braku zmian w jelitach uprawnia do otwarcia torby. W razie schorzenia trzustki, znalezionego przy operacyi, polecają niektórzy nacięcia gruczołu. D. odrzuca to postępowanie, bo zwykle tam, gdzie zmiany są poważne, spotykamy i tak przeżarcia, a nacięcia wywoływać mogą bardzo ciężkie krwotoki. Według D. wystarcza zupełnie tamponada powierzchni gruczołu. Oczywiście, jeżeli przypuszcza się obecność ropy, należy wykonać próbne nakłucie. Tampony ułożyć należy tak, by łatwo je można zmieniać, bo wydzielina bywa zwykle bardzo obfita, nieraz do litra dziennie. Operacya trwać powinna, ze względu na silny upadek sił chorego, jak najkrócej. D. nie poleca też żadnych płukań otrzewnej. O ile możności powinno się przy sposobności zbadać i drogi żółciowe, bo często i tam spotyka się powikłania. Przed i po operacyi celem zapobieżenia krwawieniu można podług Robsona zastosować lewatywy 3 razy dziennie z 2,0—4,0 gm chlorku wapnia. Ewentualnie pozostałą przetokę leczymy jodyną i dyetą podług Wohlgemutha (podawanie białka, tłuszczów i sody, a unikanie węglowodanów i kwasu solnego). Kiedy należy operować w ostrym stanie? O ile możności prędko, a jedynie odczekiwać można w okresach podostrych, gdzie przypuszczamy, że ropień się tworzy. W postaciach przewlekłych leczymy natomiast zachowawczo, dyetetycznie i przetworami trzustki, a przystępujemy do zabiegu w razie, jeżeli wystąpią silne bole, lub też, jeżeli wychudzenie stale się zwiększa, albo też, jeżeli zjawią się powikłania ze strony wątroby, żołądka i t. p. Bardzo często przewlekłe te cierpienia rozpoznaje się jako raka trzustki. Guz powiększający się, lub też duży, niezmniejszający się, nakłania oczywiście także do operacyi. *K.*

Strauss. **Jodoformowe zapalenie otrzewnej.** (*Pos. Tow. lek. Norymberga*, 2. VIII.). Na podstawie spostrzeganego przypadku i doświadczeń na zwierzętach twierdzi S., że jodoform, używany czasem jako zasypka w jamie brzusznej, wywołać może zapalenie, cechujące się zlepami jelit. Zlepy te zwykle ustępują z czasem. Objawów zatrucia zwykle przy tem nie ma. *K.*

Brüning. **Zapalenie wyrostka robaczkowego po urazie.** (*Arch. f. klin. Chir.*, tom 86, zesz. 4). 1—2% zapaleń wyrostka pozostaje w związku z urazem. Uraz uważać można tylko wtedy za przyczynę ostrego powstania choroby, gdy wyrostek przedtem nie był całkiem zdrowy, co w obecnych czasach jest rzeczą bardzo częstą. Zwłaszcza kamienie kałowe odgrywają tu ważną rolę, bo w 75,8% urazowych zapaleń znajdowano właśnie kamienie. Wypadku zapalenia zupełnie przedtem zdrowego wyrostka wskutek urazu, nie można jednak zupełnie odrzucić. Wszystkie tak zwane urazowe zapalenia przebiegają, rzecz dziwna, zwykle bardzo ciężko i dają wysoki odsetek śmiertelności, bo prawie 55,8%. *K.*

Lenz. **Zgorzelinowy wrzód dolnych kończyn u wschodnio-afrykańskich krajowców.** (*Münch. med. Wochs.*, 1908, Nr 39). Wrzód goleni, tak częsty w Afryce u krajowców, ma zupełnie inne tło i przebieg, niż u nas. Występuje on zawsze w następstwie urazów, lub też zanieczyszczeń po ukąszeniu przez t. zw. pchłę piaskową. Cierpienie to cechuje przedewszystkiem wstrętny odór rany i dążność do szerzenia się naokoło i w głąb. W krótkim czasie niszczy wrzód ten skórę, ścięgna, mięśnie, naczynia, a nawet kości. W ropie znajdował L. stale prątki, z kształtu podobne do gruźliczych. Są one bardzo ruchliwe, ustawiają się po dwa razem lub tworzą długie nitki. Przypominają one prątki, opisane już przez Vincenta. Leczenie wrzodu jest ściśle chirurgiczne i to bardzo doszczętne, prócz tego jodoform oddaje tu dobre usługi. L. używał wypalania przyrządem Paquelina. Gojenie potem postępuje bardzo szybko. Nie leczony wrzód wiedzie w końcu zawsze do wyniszczenia i śmierci. Choroba ta jest tak częsta, że stanowi prawie 10% chorób w poliklinikach miejscowych. *K.*

Köhler. **O częstem a dotąd zdaje się nieznanem schorzeniu pojedynczych kości u dzieci.** (*Münch. med. Wochs.*, 1908, Nr 37). Cierpienie, które opisuje K., a które spotkał w 3 przypadkach u dzieci między 5—9. rokiem życia, cechuje silna bolesność w środkowej części grzbietu stopy, głównie w okolicy kości łódkowatej. Bole występują także samorodnie w nocy. Prócz tego podobne bole występować mogą i w okolicy rzepki. Chorobę rozpoznać można jedynie zapomocą promieni Röntgena, które wykrywają wtedy obraz typowy. Kość łódkowata jest o $^1/_4$—$^1/_2$ mniejsza od prawidłowej, zwężona, o zarysach zamazanych. Części gąbczastej nie można odróżnić od korowej i wogóle budowa kości jest niewyraźna. Natomiast cień zwężonej kości jest bardzo silny, co dowodzi większej zawartości wapna. Podobne zupełnie zmiany spotyka się i w rzepce. Choroba ta trwa 2—3 lat i ustępuje bez śladu, co i promieniami Röntgena daje się stwierdzić. Przyczyna i tło choroby są nieznane. Ciekawą jest rzeczą, że choroba ta występuje zwykle symetrycznie i to głównie we wspomnianych kościach. Recklinghausen co do tej sprawy zauważył tylko, że właśnie te kości najpóźniej dostają jądro kostne. Gruźlicę, krzywicę, obrzęk śluzowaty i mongolizm dało się zupełnie wyłączyć, jak również uraz, zapalenie szpiku, kiłę i zmięknienie kości. *K.*

Higiena.

Krauss. **Stosunki zdrowotne w niemieckiej wschodniej Afryce.** (*Münch. med. Wochs.*, 1908, Nr 37). Prowincye niemieckie Afryki liczą 10 milionów mieszkańców. Do klimatu przyzwyczajają się biali bardzo szybko. Ciepłota średnia w cieniu 17—30°, w słońcu 40—50°. Naszej zimie odpowiada tam pora deszczowa. Różnice ciepłoty dnia i nocy znaczne, bo w nocy czasem schodzi ciepłota do 0°. Lekarz spotyka w koloniach wiele chorób zupełnie obcych mu lub odrębnie przebiegających. Przedewszystkiem należy tu tak zwany: czerwony pies, t. j. bardzo uporczywy, swędzący wyprysk skóry, zjawiający się w miejscach, gdzie ubranie przylega ściśle do ciała. Dobrze działają zmywania wodą karbolową, wstrzymywanie się od płynów i pobyt w okolicach wyżej położonych. Plagą także jest choroba grzybkowa skóry, zwana robakiem pierścieniowym. Przenosi się

ona przez bieliznę w pralniach. Na skórze tworzy koliste nacieki. Najlepszym środkiem — chryzarobina. Dokuczliwem cierpieniem jest także: pchła piaskowa. Wbija się ona między palce od nóg i sprawia tamże bolesne opuchnięcia i swędzenia, a w następstwie jeżeli się jej nie usunie — ropówki. Leczenie polega na usunięciu pchły, do czego istnieją osobni czarni specyaliści. Częstemi cierpieniami są też wrzody goleni, wrzód malinowy skóry, (polegający na zakażeniu krętkiem), a wreszcie ospa. Trąd nie należy też do rzadkości, podobnie czerwonka i bardzo często występujące ropnie wątroby, które leczą tutaj po prostu nakłuciem zapomocą trójgrańca. Nierzadko spotyka się także tutaj i inne cierpienia, zwłaszcza chorobę tęgoryjcową, motylicę, dżumę, słoniowacinę i śpiączkę. Ta ostatnia rozpoczyna się podniesieniem ciepłoty, bolem i zawrotami głowy, potem zjawia się obrzmienie gruczołów chłonnych szyjnych, opuchnięcie twarzy, rąk i nóg, a w końcu śpiączka, poprzedzająca zwykle śmierć. Leczenie: wstrzykiwania atoksylu Kocha. Jedną z najcięższych chorób jest tu zimnica, powstająca przez ukąszenie moskitów, zakażonych zarazkiem zimnicy. Wszyscy przybysze muszą zapobiegawczo zażywać chininę i to w sposób, zalecony przez Nochta, t. j. 5 razy dnia po 0,2 co siódmy i ósmy dzień. Groźną także chorobą jest tak zwana »Schwarzwasserfieber«. Dawniej sądzono, że jest ona najcięższą postacią zimnicy i w tym celu polecano w razie wybuchu choroby ogromne dawki chininy. Koch natomiast wykazał, że chinina przyczynia się właśnie tutaj do rozpadu krwinek czerwonych i z tego też powodu obecnie w razie wybuchu tej choroby nie wolno podawać chininy; nudności i wymioty łagodzi się tylko morfiną i 1⁰/₀ nalewką jodową i doprowadza choremu ustami, lewatywą i podskórnie, o ile możności jak najwięcej wody. Zapobiega się chorobie przez dokładne leczenie każdego przypadku zimnicy i unikanie zażywania chininy w razie już wybuchłej gorączki. Dlatego też po wybuchu zimnicy daje się chorym na razie tylko na głowę worek z lodem, środek przeczyszczający i dużo płynów i czeka, aż wystąpią poty i spadek ciepłoty. Dopiero gdy ciepłota wynosi 37,5⁰, podaje się 0,2 chininy i potem tę dawkę dalej co 3 godziny. Po ustąpieniu zupełnem gorączki bierze jeszcze chory 3 dni chininę w takich samych dawkach, potem przerwa 2—3 dni i znowu dzień chininy, a w końcu stale raz w tydzień gram chininy. Człowiek, wybierający się do Afryki na stałe, powinien umieć unikać alkoholu, nie cierpieć na gościec, nie być nerwowym, mieć zdrowe zupełnie lub naprawione uzębienie, zdrowe kiszki, nerki, gdyż cierpienia te pogarszają się zaraz nader szybko. Należy też dać się przedtem zaszczepić przeciw ospie i durowi i przekonać się, czy ustrój znosi dobrze chininę. *K.*

Zapiski lecznicze, nowe leki i narzędzia.

Przewlekłe tryprowe schorzenia stawów leczył Herbst (Chicago) z dobrym skutkiem surowicą przeciwtryprową. *K.*

Radem wyleczył Freudenthal zupełnie mięsaka migdałka w 6 posiedzeń. (2 posiedzenia na tydzień, 10 mg radu, z początku 10 minut, potem 20, w końcu 30). *K.*

Sabromina jest to nowy przetwór bromu, odpowiadający sajodynie, powstały przez odpowiednie połączenie bromu z wapniem. Zawiera on 29—30⁰/₀ bromu. Żołądek znosi ten przetwór bardzo dobrze. Podług Meringa i Fischera podaje się sabrominę w ilości 1,0—2,0 grm w godzinę po jedzeniu. Sabromina ma tę zaletę, że działa mimo mniejszej zawartości bromu równie silnie, jak sodek i jodek bromu i nie wywołuje objawów przewlekłego zatrucia. *K.*

Veronatrium, (wyrób Mercka), jest według Prof. Winternitza (»Mediz. Klinik« 1908, Nr 31), bardzo łatwo rozpuszczalnym pewnym środkiem nasennym, działającym pewniej i szybciej, niż weronal. Dawka: 0,05—1,0 *per os*, lub 0,5—2,0 w 20, wody *per rectum*. Veronalnatrium zawiera około 90⁰/₀ weronalu, przy czyczem żołądku działa szybciej. Wygodniej stosować go przez odbytnicę, gdyż smak gorszy, niż weronalu. Działania uboczne obu środków jednakie. *Mk. W.*

Jodival, (wyrób fabryki Knoll et Co), o składzie $(CH_3)_2CH.CHJ.CO.NH.CO.NH_2$, w postaci igiełek białych, o smaku gorzkim, prawie nierozpuszczalny w wodzie zimnej, łatwiej rozpuszczalny w wodzie gorącej, eterze i wyskoku; topi się przy 180⁰, zawiera 47⁰/₀ jodu. Wskazania te same, co do stosowania jodu; w chorobach układu nerwowego uzyskuje się silniejszy skutek, niż przy innych przetworach jodu. Z powodu bardzo powolnego odszczepiania się jodu występują rzadko objawy zatrucia. Dawka: 3 razy dziennie po 0,3, także w kołaczykach po 0,3. (Prof. v. d. Eeckhout, »Arch. f. exp. Path. u. Pharm.« 1907, Bd, 57). *W. Kl.*

Hydropyrin, (środek, który usiłują wprowadzić do handlu na miejsce antypiryny), poddał badaniu Dr F. Zernik w Berlinie (»Apothekerzeitung« 1908, Nr 59) i wykazał, że nie jest to przetwór stały, że nie jest połączeniem obojętnem, wolnem od działań ubocznych i zupełnie rozpuszczalnem. Stwierdził bowiem Z. oddziaływanie kwaśne, (wywołane kwasem octowym), jakoteż częściową tylko rozpuszczalność. *Br. W.*

Przeciwko wszawicy *(phthiriasis)* poleca Bing wymywania płynem: *Formol (40⁰/₀) 10,0, Acid. acet. 5,0, Spir. Coloniens. 100—200.* Wymywa się 3—5 minut, co wystarcza zupełnie do zabicia weszek. Uważać należy, by płyn nie dostał się do oczu. *K.*

Przy zestawianiu złamanych kości poleca bardzo Quénu za radą niemieckich chirurgów znieczulanie miejscowe złamania wstrzykiwaniami kokainy 1:200, przez co usuwa się ból i napięcie mięśniowe, a ułożenie kości wskutek tego odbywa się łatwo i dobrze. *K.*

Bagnetowaty adenotom do usuwania migdałka gardłowego poleca Fein z Wiednia (firma Reiner). Zagięcie bagnetowe jakoteż odchylenie rękojeści na bok dozwala operować swobodnie i głęboko. *K.*

Nowy gastroskop podał Elsner z Berlina. Zaletą jego jest kątowe zagięcie dołu rury, przez co umożliwiona jest zasada tak prostej, jak i bocznej optyki podobnie, jak przy cystoskopie Nitzego. *K.*

Wczesne wstawanie po porodzie w braku powikłań poleca bardzo Alvensleben z Kolonii. *K.*

Za ważną wskazówkę przy ostrem zapaleniu wyrostka robaczkowego uważa Kothe odsetek neutrofilów. Jeżeli jest on większy, niż 6⁰/₀, wtedy dowodzi to ciężkiego zakażenia i potrzeby operacyi. *K.*

Sztuczne rzężenia w celach dydaktycznych wywołuje Hildebrandt z Fryburga na fantomie, zawierającym szklane naczynie z wodą, do której wpędza się balonem powietrze. W ten sposób przez odpowiednią manipulacyę wywoływać można różne rzężenia, jak dźwięczne, wilgotne drobnobańkowe i t. p. *K.*

Dawkowanie leków kroplami jest bardzo niedokładne i z tego też powodu domaga się Lohnstein wprowadzenia odpowiednich tabeli, sporządzonych na podstawie nowych obliczeń. *K.*

Odkażanie wody zapomocą wody utlenionej jest według Reichla dość pewne, potrzeba na to jednak pewnego czasu. Tak n. p. by odkazić wodę w 24 godzin, potrzeba 0,5 pr. mlle wody utlenionej, by wodę odkazić w 6 godzin już 1,5⁰/₀₀, a w 3 godz. 5⁰/₀₀. *K.*

Mięso ze świeżo zabitej ryby podług Brunsa nie zawiera w sobie drobnoustrojów; natomiast gdy ryba zabita trochę poleży, dalej w rybach wędzonych i przyrządzanych spotyka się już obficie drobnoustroje. *K.*

Aperitol, nowy środek przeczyszczający, polecają z kliniki lekarskiej w Heidelbergu Hammer i Vieth. Srodek ten jest połączeniem fenolftaleiny i kwasu waleryanowego i podawany bywa w cukierkach. Przez dodatek kwasu waleryanowego przeczyszczenie występuje zupełnie bezboleśnie w postaci stolców papkowatych, a nie wodnistych. Aperitol można używać długi czas bez przyzwyczajania się do tegoż, skutek zawsze pozostaje pewny. Stolec występuje w 4—12 godzin. Dawka dla dorosłych: 2 cukierki (à 0,2), dla dzieci ¹/₂—1. *K.*

Przeciwko ukąszeniu owadów poleca Joly miksturę: *Formol (40⁰/₀) 15,0, acidi acetici 0,5, xyloli 5,0, bals. canadens. 1,0, ol. anisi stellat. q. s.* Miejsce ukąszenia smaruje się tym środkiem. Działanie łagodzące ból i swędzenie i zobojętniające trujące działanie jadu. Przed użyciem należy flaszeczkę potrząsnąć. *K.*

Nieprzyjaciel słońca. Angielski lekarz Woodouff ogłosił pracę, w której stara się dowieść zgubnego działania promieni słonecznych. I tak wiemy z doświadczenia, że światło wywiera zły wpływ na najniższe formy protoplazmy, a działają tu głównie promienie ultrafioletowe. Wszystkie zwierzęta są przez naturę zabezpieczone od działania promieni słonecznych zapomocą włosów, piór, łusek lub barwika. Także ludzie, żyjący w okolicach, gdzie słońce silnie operuje, mają ciemną barwę skóry. W Ameryce blondyni (jako żywioł napływowy), ustępują obecnie coraz więcej miejsca brunetom. Gruźlica w krajach gorących przebiega zawsze znacznie prędzej i groźniej. Przy lecze-

niu słonecznem bruneci uzyskują prędzej poprawę, niż blondyni. Neurastenia wydarza się częściej u blondynów, niż u brunetów i występuje najczęściej w krajach słonecznych. Wiele cierpień ocznych, migrena i t. p. występuje wskutek działania promieni słonecznych. *K.*

Sprawy Towarzystw naukowych.

Akademia Umiejętności w Krakowie.
(Wydział matematyczno-przyrodniczy).

Posiedzenie dnia 12. października 1908 r.

1) Czł. Witkowski przedstawia pracę Prof. J. Kowalskiego p. t.: **Przyczynki do badań nad luminescencyą.**

2) Czł. Wład. Natanson przedstawia pracę własną p. t.: **O eliptycznej polaryzacyi światła przepuszczonego przez ciało naturalnie skręcające i pochłaniające.**

Ażeby objaśnić zjawisko skręcania płaszczyzny polaryzacyi w ciałach naturalnie skręcających, Fresnel uciekł się do przypuszczenia, że fale spolaryzowane kołowo są jedynym rodzajem fal, które mogą biedz w ciałach naturalnie skręcających, bez zmiany typu. Falę spolaryzowaną liniowo, której płaszczyzna polaryzacyi wykręca się coraz bardziej, w miarę posuwania się fali w ośrodku, Fresnel przedstawił jako złożoną geometrycznie z dwóch fal, spolaryzowanych kołowo w kierunkach przeciwnych, a biegnących przytem z prędkościami rozmaitemi. Jednakże, jeżeli w pewnym ośrodku istnieją dwie różne wartości spółczynnika załamania dla dwóch fal kołowo i przeciwnie spolaryzowanych, mających zresztą tę samą długość fali, tedy odpowiadające tym wartościom spółczynniki extynkcyi muszą być również od siebie odmienne. Tym sposobem, biegnąc przez ciało, jedna ze składowych kołowych fal w fali, spolaryzowanej pierwotnie liniowo, musi ulegać absorbcyi znaczniejszej, niż druga składowa; skutkiem czego fala wypadkowa, wychodząc z ośrodka, będzie spolaryzowana eliptycznie.

Zjawiska podobne zostały istotnie dostrzeżone i zbadane przez fizyka francuskiego p. Cotton w roztworach t. zw. winianu podwójnego chromowo-potasowego i niektórych innych soli pokrewnych. Autor zajął się analizą teoretyczną wypadków tych doświadczeń. Okazało się, że one zgadzają się tylko w pierwszem przybliżeniu z najprostszą (t. zw. mono-elektronową) postacią teoryi, nie są zaś dość liczne i dokładne, ażeby mogły posłużyć za sprawdzenie i poparcie uzupełnionej, rozwiniętej postaci teoryi.

Za główny wynik pracy niniejszej można poczytać w każdym razie stwierdzenie okoliczności, iż: jeżeli poznaliśmy, dla ciała naturalnie skręcającego, w obrębie jego spektralnego pasma absorbcyjnego, skręcenie płaszczyzny polaryzacyi, oraz eliptyczność światła przepuszczonego, wówczas mamy zawsze możność obliczenia, dla ciała uważanego, jednej z najważniejszych, a mało dotychczas znanej stałej elektronowej, mianowicie spółczynnika dysypacyjnego, charakteryzującego natężenie działania hamującego, które obecne jest zawsze w drganiach elektro-molekularnych.

Towarzystwo lekarskie warszawskie.

Posiedzenie kliniczne dnia 23. czerwca 1907.

1) W. Stankiewicz przedstawił chorą po operacyi usunięcia **kamienia z nerki.**

2) W. Stankiewicz przedstawił 74-letnią chorą, która w roku 1898 przybyła do niego na oddział szpitalny z guzem **w okolicy lędźwiowo-krzyżowej** ze strony lewej, a nadto miała wole (*struma*) lewostronne. Guz był wielkości jabłka, gładki, niebolesny. Guz wyłuszczono, a badanie drobnowidowe stwierdziło, że był to **mięsak** (*sarcoma parvicellulare*). Po roku nastąpił nawrót guza; wycięto go doszczętnie; w rok później w tem samem miejscu nowy nawrót, nowa operacya. 5-go dnia po operacyi zauważył S. przy opatrunku na powierzchni rany kilka wysepek silnie bujających ziarnistości, które pod drobnowidem okazały cechy mięsaka. Wycięto doszczętnie całą powierzchnię rany, lecz po 4—5 dniach znów poczęły wyrastać takież same wyspy. Wyskrobano łyżeczką całą przestrzeń i codziennie nakładano opatrunek z gazą mocno przepojonej 10% rozczynem chlorku cynku. Od tej chwili rozpoczął się rozwój drobnej, równej ziarniny i powolne zabliźnianie się całej rany. Nastąpiło zupełne zagojenie. Spostrzeżenie to S. podaje ze względu na **wyniki leczenia środkiem gryzącym** (chlorek cynku).

3) Judt wypowiedział rzecz pod tytułem: **Rentgenografia jamy brzusznej.** Rentgenografia jamy brzusznej w zastosowaniu praktycznem ma dotychczas ramy szczupłe. Rentgenografia współczesna dąży dwiema drogami ku opanowaniu nowych dzielnic rozpoznawczych: do pierwszej należy dobór subtelny odpowiednich promieni, wywoływacza i innych czynników technicznych dla zróżniczkowania na kliszy tkanek o niejednolitym ciężarze gatunkowym i niejednakowej masie (nerka); do drugiej sztuczne zróżniczkowanie narządów przez napełnianie ich solami bizmutu lub kollargolem (żołądek, jelita, pęcherz moczowy). Bizmut i kollargol pochłaniają promienie Röntgena i występują wydatnie, jak kość lub metal. Udaje się już teraz otrzymywać wyraźny obrys nerki, przeważnie $^2/_3$ dolnych jej części; doskonale odróżniać można zarysy dolnego bieguna nerki, granicę wewnętrzną i zewnętrzną, niekiedy i wnękę miedniczkową. Widzimy i kamień w nerce, a niejednokrotnie rozpoznaje się i guzy nerkowe.

Do drugiego szeregu zaliczyć należy przedewszystkiem badanie żołądka i jelit. Bizmut zastosowany został po raz pierwszy w r. 1896 do rentgenoskopii przełyku, w r. 1901 — do badań żołądka. Obecnie określać można kształt, rozmiary, położenie i ruchy żołądka, dalej opadnięcie i rozszerzenie jego, zwężenie i guzy odźwiernika.

Pierwsze zdjęcie jelit (okrężnicy) otrzymał Hildebrandt w r. 1901. Przy własnych badanich jelit podawał prelegent badanym od 20,0—60,0 azotanu bizmutu (*magisterium bismuthi*), zmieszanego z 400,0 kaszy mannowej, rozgotowanej w mleku. 10,0 cukru przeciwdziała własności bizmutu. Z szeregu prześwietlań i zdjęć na kliszy widać, że ruchy robaczkowe przepychają pierwszą porcyę pokarmu do odźwiernika już po kilku minutach. Szybkość przesuwania się pokarmu w pętlicach jelit cienkich jest znaczna; całą tę przestrzeń bizmut odbywa w przeciągu dwóch do trzech godzin. Ten szybki ruch i energiczna perystaltyka utrudniają bardzo rentgenografię jelit cienkich. Przez okrężnicę przechodzi bizmut stosunkowo bardzo wolno. Badanie okrężnicy przekonało mówcę, że okrężnica zgoła nie tworzy trzech linii prostokątnie ułożonych, jak to podają atlasy anatomiczne. Zgięcie prawe (*flexura hepatica*) położone jest zwykle znacznie niżej od zgięcia lewego (*flexura lienalis*). Zgięcie śledzionowe o kącie ostrym dosięga nieraz poziomu XII kręgu piersiowego. Zgięcie wątrobowe jest tępe i dosięga ledwie poziomu II—III kręgu lędźwiowego. Położenie okrężnicy wogóle niema cech stałych. Zależy ono od trawienia, położenia chorego od wypełnienia żołądka i t. p. Rentgenografia, prócz znaczenia dla anatomii i fizyologii, odgrywa tutaj wielką rolę kliniczną; rozpoznaje się dzięki niej rozszerzenia i opadnięcia jelit, zwężenia, niedrożność, guzy, ukształtowanie pętlic we wgłobieniu.

Odczyt swój objaśnił prelegent licznemi fotografiami żołądka i jelit. *J. L.*

Praktyka wolna czy upaństwowienie lekarzy? [1]).

Napisał

Dr med. O. Hewelke.

Środek ciężkości różnicy między lekarzem wolnopraktykującym a lekarzem upaństwowionym leży w sposobie, w jaki praca ich zostaje wynagradzana. W pierwszym razie odbywa się to bezpośrednio: lekarza wynagradza chory, który go zawezwał. W drugim lekarz otrzymuje zapłatę w postaci pensyi państwowej, za którą obowiązany jest do niesienia swej pomocy w określonym zakresie, wszelkie zaś stosunki pieniężne między nim a chorym są przez to zniesione. Lekarz ma być stale przez państwo opłacanym urzędnikiem. Z temi różnicami powierzchownemi, zewnętrznemi, wiążą się różnice, sięgające w głąb niezmiernie powikłanych stosunków społecznych, ekonomicznych i etycznych, opierających się aż na dnie psychologii ludzkiej. System obecny jest wytworem dziejowym, wynikiem ewolucyi tych wszystkich stosunków przez długi szereg stuleci od chwili wystąpienia lekarzy jako zawodowców. System proponowany ma więc jakoby

[1]) Konferencya w Stowarzyszeniu Lekarzy polskich w Warszawie, dnia 9 października 1908 r.

rozpocząć nową fazę ewolucyi, ma sam wpłynąć na zmianę istniejących warunków życia tak, aby oczekiwana ich modyfikacya usunęła ze stosunku lekarza i chorego to, co obecnie wydaje się niedobrem, a jest według zwolenników poglądu — zależnem jedynie od bezpośredniości stosunków pieniężnych między lekarzem a chorym. Nie zdając sobie sprawy z zawiłości tego zagadnienia, zaczęto uważać system upaństwowienia lekarzy za możliwe już dziś »panaceum« dla uzdrowienia wszelkich jej bolączek, zarówno zadawalniające chorych, jak i lekarzy. Sądzono, że można go wprowadzić edyktem prawnym lub wzajemną konwencyą i proponowano to dla poprawy warunków bytu lekarzy, to dla udostępnienia pomocy lekarskiej biednym. Jako podstawę możności urzeczywistnienia tych projektów wskazywano istnienie takich form bytu lekarzy, jak lekarze wojskowi, fabryczni, dopatrując się w podobieństwie zewnętrznem, formalnem, analogii do całkowitego upaństwowienia.

Upaństwowienie lekarzy ogólne z zupełnem zniesieniem praktyki wolnej dotąd rozpatrywane było z punktu widzenia, oderwanego od stosunków współczesnych. Wchodzi ono w całokształt horoskopów przyszłego układu społecznego w świetle poglądów socyalistyczno-komunistycznych, że wspomnę tu o utopii Bellamyego. Tu też tylko jest na miejscu.

Podobne koncepcye, przedstawiające życie w warunkach odpowiednio naginętych i nierzeczywistych, nie mogą być poważnie krytykowane. Nie mają do tego pretensyi i sami ich autorzy, skoro urzeczywistnienie swych mrzonek odkładają do mniej lub więcej oddalonych er [2]).

To też niemało zadziwić musi fakt, gdy w jakiemś społeczeństwie dziś już wyrażają się żądania upaństwowienia lekarzy i zupełnego zniesienia wolnej praktyki.

Fakt taki zdarzył się w Rosyi. Żądanie powyższe jest postulatem IX Zjazdu lekarzy rosyjskich im. Pirogowa, jaki się odbył w r. 1905, i jest właściwie aprobatą wniosków, jakie wygłosił w swym odczycie [3]) znany lekarz i działacz rosyjski Dr Zbankow. Autor ten w działalności lekarzy wolno praktykujących widzi jedynie strony ciemne; praktykę wolną uważa za chwast szkodliwy, który niszczy soki społeczeństw, i zarzuty te rzuca w oczy wszystkim lekarzom Rosyi, a w jeszcze wyższym stopniu — Europy.

Nie wchodząc w szczegóły obrazu, naszkicowanego przez Dr Zbankowa, zaznaczymy tylko wytyczne jego rysy. A więc:

Praktyka prywatna, nakładając na chorego ciężary pieniężne, powiększa jego niedolę; jest przeto czynnikiem przeciwspołecznym i spacza właściwą rolę lekarza, którego zadaniem jest niesienie ulgi i pomocy w chorobie.

Z drugiej strony praktyka wolna oddziaływa ujemnie na moralność lekarza, gdyż, zmuszając go do uważania chorych za źródło i podstawę swego bytu materyalnego, zradza w nim pożądanie jaknajliczniejszych pacyentów, za czem idzie reklama, konkurencya, przedsiębiorstwa przemysłowe, faktorzy i t. d.

Stąd praktyka prywatna poniża lekarza w oczach publiczności, staje na przeszkodzie do zawiązania się zaufania między lekarzem a chorym. Wytwarzają się stosunki zapotrzebowania i podaży ze wszelkimi rysami ujemnymi stosunków kupieckich.

Po za tymi ogólnymi zarzutami Dr Zbankow stawia jeszcze kilka specyalnych, a mianowicie, że 1) praktyka prywatna jest hamulcem dla przeprowadzenia zasad higieny i profilaktyki, że 2) powstrzymuje ona rozwój nauki, że 3) odciąga profesorów klinicznych od należytego spełniania obowiązków.

Na podstawie tych zarzutów Dr Z. proponuje, aby Zjazd zajął się obmyśleniem sposobu, w jakiby praktyka prywatna mogła być zniesiona zupełnie i jakby ją zastąpić przez odpowiednie urządzenia społeczne.

Jak wspomnieliśmy, Zjazd wnioski projektodawcy przyjął bez dyskusyi we wszystkich punktach, uznając, że choroba, jako nieszczęście, nie powinna być obciążona jeszcze potrzebą opłaty za leczenie, które, podobnie jak i nauczanie, powinno być ogólnie dostępne i bezpłatne.

Niektóre zarzuty stawiane tu praktyce wolnej, są zasadnicze i spadają na stan lekarski od początku jego istnienia. Jeżeli społeczeństwa znosiły i znoszą te stosunki, to zależeć ma to od niemożności porównania. Stosunki medycyny ziemskiej z lekarzami płatnymi przez społeczeństwo otwierają dopiero oczy na tę anomalię społeczną i pokazują ideał, do którego należy dążyć.

Najważniejszy, najdotkliwszy zarzut, uczyniony tu lekarzowi, jest uznanie jego działalności za niespołeczną, wskutek tego, że, żądając zapłaty za swą pomoc, zwiększa on niedolę cierpiącej ludzkości w nieszczęściu, jakiem jest choroba.

Zdaniem naszem sąd powyższy wypływa z założenia fałszywego, ze zbyt wązkiego punktu zapatrywania się na chorobę i sprawę leczenia. Przy rozpatrywaniu jej z szerokiego punktu widzenia społeczno-ekonomicznego nie możemy kierować się tylko uczuciem, a tem bardziej roztkliwiać zjawiskami nienormalnemi w poszczególnych wyjątkowych przypadkach.

Nie możemy tu mówić o chorobie jako dopuszczeniu, karze Bożej lub nieszczęściu, chociażbyśmy byli nawet skłonni do takiego ustępstwa, uwzględniając pojęcia poszczególnego chorego.

Jeżeli ewentualność choroby nosi jeszcze w pojęciach potocznych charakter przypadkowości, to pochodzi to z nieznajomości etyologii chorób wogóle, albo dróg jej powstania w danym przypadku.

Wiemy, że choroba w naszych warunkach życia jest koniecznością, mniej lub więcej względną, którą trzeba przewidywać i z którą się liczyć należy. To też potrzeby dla ratowania zdrowia i życia, warunkowane przez chorobę, należą do potrzeb życia współczesnego na równi z potrzebami codziennemi dla podtrzymania zdrowia i życia. Głód, uczucie zimna — są też cierpieniem; koimy je chlebem, odzieniem i opałem, za które musimy płacić. Czy rolę dostarczycieli tych środków mamy uważać także za przeciwspołeczną? W takiem samem położeniu znajduje się lekarz i pozostanie w niem niezależnie od sposobu wynagradzania go za to — bądź to przez potrzebującego osobnika, bądź przez państwo.

W każdem społeczeństwie znajduje się pewna ilość obywateli nie mogących wcale opłacać lekarza, lub mogących to czynić tylko w części; dla tych społeczeństwo, czy państwo, powinno obmyślać sposoby pomocy, jak to zresztą czyni w mniejszym lub większym zakresie i obecnie. W tym kierunku wszelka inicyatywa i postęp są pożądane, zwłaszcza że ciężar tych obowiązków obarczał dotąd zbytnio lekarzy.

Ludzie zamożniejsi, nie żyjący z dnia na dzień, powinni w budżetach swych uwzględniać prawdopodobieństwo choroby, chociażby przyjemniej im było wydawać te pieniądze na co innego. W takim razie konieczność oddania przeznaczonej na to kwoty lekarzowi w chwili choroby, nie zaciężyłaby już jako nieoczekiwane dodatkowe nieszczęście. Zresztą w przypadku choroby nie sam koszt lekarza powiększa niedolę chorego, bo oprócz niego są jeszcze i inne wydatki: na lekarstwa, pielęgnowanie itd., które nie wpływają do kieszeni lekarza.

Jeżeli wreszcie weźmiemy ludzi zamożnych, to tu istota zarzutu powiększania niedoli chorego przez potrzebę opłacenia lekarza upada zupełnie, gdyż stosunek tego wydatku do zamożności chorego jest nic nie znaczący, chociaż opłata odbywa się według stopy wyższej. Zarzuty, czynione lekarzom z tego powodu, że niejednakowo cenią swą pracę, są może, bezwzględnie biorąc, uzasadnione, ale znajdują też i usprawiedliwienie w panujących stosunkach. Bogaty płaci za biednego. Przez takie pośrednictwo lekarza następuje unormowanie się rozkładu opłaty za leczenie, jaką ponosi dane społeczeństwo, odpowiednio do możności płatniczej różnie uposażonych jego obywateli. Coś podobnego nastąpiłoby, gdyby przy upaństwowieniu lekarzy wynagrodzenie ich opierało się na odpowiedniem opodatkowaniu ludności.

Ale i w tym razie, przy najsprawiedliwszym rozkładzie takiego podatku, musiałby on dotykać i mniej zamożnych cierpiących. Państwo wzięłoby na siebie jedynie tylko rolę zbierania tych pozycyi budżetowych, które powinny być uwzględniane w racyonalnem przewidywaniu wydatków każdego obywatela, a zarazem wzięłoby na siebie pośrednictwo w opłacaniu lekarza.

Nie byłoby więc i tu absolutnego zniesienia pierwiastku »powiększania niedoli chorego« przez opłacanie pomocy lekarza. Czy zaś osiągnie się przytem poprawę moralności lekarza — rozpatrzymy niebawem.

W każdym razie nie możemy sobie przedstawić działalności tych funkcyonaryuszów zdrowia przy zachowaniu się wszelkich innych warunków życia dzisiejszego z jego różnicami klas i zamożności, związanemi z tem wymaganiami wygód, względów i t. d.,

---

[2]) Bellamy: Społeczeństwo w 2000 r. Anatole France, G. Guitten. W naszej literaturze sprawę tę poruszał Z. Kramsztyk, tak np. w r. 1898 w artykule: Upaństwowienie lekarzy. Jednak argumenty autora nie wywołały szerszego echa. W innym artykule w 1903 (Krytyka lek.) daje Kr. projekt »umiastowienia lekarzy Warszawy« — bardzo słabo naszkicowany, zresztą przeznaczony także dla 2000 roku, a wiec uchylający się od krytyki współczesnej.

[3]) Dr Zbankow: Wlianie czastnoj praktyki na razwitie wsiego wraczebnogo dieła. (Zur. obszcz. russ. wr. w pam. Pirogowa Nr. 1—2 1905).

które lekarz musi dziś mieć na uwadze przy określaniu leczenia, dyety i t. d.

Drugim zarzutem natury ogólniejszej, uczynionym lekarzom wolnopraktykującym przez IX Zjazd pirogowski, jest to, że obecny sposób opłacania pomocy lekarskiej stawia ich na równi z handlującymi i popycha do kierowania się zasadami, tolerowanemi w świecie kupieckim, ale niedopuszczalnemi w stosunku lekarza do chorego. Psuje to charakter lekarza i podkopuje doń zaufanie publiczności. Dr Zbankow twierdzi, że lekarz wolnopraktykujący musi pragnąć, aby chorób i chorych było jak najwięcej, aby choroby trwały długo, a chorowali zwłaszcza bogaci. Żeby przyciągnąć pacyentów, reklamuje na wszelkie sposoby swoje zalety, a obniża wartość kolegów, z którymi konkuruje wszelką bronią, dochodząc do kłótni, skandalów i bójek...

To wszystko ma usunąć odrazu zniesienie praktyki wolnej. Czy wtedy marzenia lekarzy upaństwowionych zmienią się w kierunku przeciwnym, t. j. aby chorób i chorych nie było wcale, albo trwały bardzo krótko? Oczywiście wpłynie to tyleż na stan rzeczy, co i skryte pragnienia, przypisywane dziś wolnopraktykującym. A ostatecznie i takie marzenia możnaby przy złej woli posądzać, że nie wypływają ze źródła czystego altruizmu, ale wprost z lenistwa.

»Invidia medicorum« stała się przysłowiową, ale niewątpliwie istnieje i wśród innych zawodowców; przyczyną jej nie jest jednak jedynie gonitwa za groszem, ale dążenie do zyskania rozgłosu, sławy, zaufania. Zdarza się wszakże, że nieporozumienia również ostre wynikają i z powodu klienteli bezpłatnej. Tych pobudek nie usuną i warunki praktyki upaństwowionej. Charaktery słabe, zasady moralności nie ustalone, wreszcie wszelkie wady inne, pozostaną; może będą się inaczej przejawiać, — bo są to cechy ludzi jako takich, niezależnie od ich zawodu; gdyby tak było rzeczywiście, byłyby one powszechne wśród jego przedstawicieli i musiałyby się wzmagać z latami praktyki. Tak źle zaś chyba nie jest!

Konkurencya ma zapewne strony przykre, ale z drugiej strony jest ona bodźcem ożywczym w walce o byt i w danym razie może wyjść tylko na dobre zarówno lekarzom, jak i pacyentom. Lekarz raczej stara się zrobić wszystko jak najlepiej, aby choremu ulżyć, jego cierpienia skrócić, niż odwrotnie, bo tylko w tym razie zyskuje na uznaniu. Staranie się o wybicie się na przód przez doskonalenie się w wiedzy i jej wykonawstwie — chociażby przed wszystkich — może być uważane tylko za stronę dodatnią charakteru i pożyteczną dla stron obu.

Usunięcie tego czynnika przy upaństwowieniu lekarzy wykazałoby prawdopodobnie w znacznej liczbie przypadków następstwa ujemne. Nadałoby to pracy lekarza charakter suchy, urzędniczy, a życiu jego pozór wegetacyi w zrezygnowaniu gnuśnem z braku widoków poprawy losu, oraz z braku potrzeby ciągłej pracy nad sobą i doskonalenia się. Czy można spodziewać się, że w tych warunkach lekarze będą się zajmować więcej nauką albo higieną? (Dok. nast.)

Sekcya zwłok króla Jana III.

(Przyczynek do dziejów sekcyi XVII. wieku na podstawie nieznanego protokołu).

Napisał

Dr W. Nowicki.

(Dokończenie.)

W pęcherzu moczowym i żołądku nie znaleziono zmian żadnych. W trzustce natomiast znaleziono grudki kamiennej twardości, być może *sialolity*, o których jeszcze wspomnimy przy omawianiu całości sekcyi i choroby króla. Według protokołu jedne z tych grudek były starsze, inne świeżo powstałe; czem kierowano się przy rozróżnianiu złogów świeżych od złogów dawniej powstałych, trudno orzec wobec tego, że i dziś jest ono niełatwe. Wątroba co do barwy była zmieniona, jakie jednak było zabarwienie, protokół nie mówi, zaznacza natomiast wyraźnie, że była rozmiękniona, a za uciskiem lekkim wydzielał się z wątroby jakiś płyn ropiasty. Czyż więc mieli do czynienia z ropieniem w wątrobie? Nie przypuszczam. Proces ropny w wątrobie musiałby mieć przyczynę przyrody ogólniejszej lub miejscowej. Ostatnią mogłyby być kamienie, znalezione w woreczku żółciowym. Jeżeli jednak uwzględnimy objawy za życia, zwłaszcza w dniach ostatnich, trudno wprost przyjąć obecność sprawy bądź co bądź tak poważnej, jak ropienie w wątrobie. Czemże więc był ów »jakiś« płyn ropiasty? Być może, że istniała w drogach żółciowych na tle kamieni sprawa nieżytowa, rzecz przecież nierzadka; wiemy, że żółć wówczas jest mętna, niejednokrotnie wyglądem nieco do ropy zbliżona, możliwe, że za uciskiem wydobywała się owa żółć zmieniona z przewodów żółciowych, przypominając ropę. Przy ropieniu w wątrobie byłaby najprawdopodobniej wystąpiła żółtaczka, o której tu nic nie słyszymy.

Śledziona była wielkości odpowiedniej, tylko bardzo krucha. Nie sądzę, by kruchość ta świadczyła o jej ostrym obrzęku, a to z powodu niepowiększenia, a dalej owego atramentowego zabarwienia, prawdopodobnie pochodzącego od siarczku żelaza, połączenia towarzyszącego gniciu. A że gnicie to musiało się już rozwijać, wspomniałem o tem wyżej, nic więc dziwnego, że śledziona bardzo łatwo dawała się rozrywać. Nerka prawa była zmniejszona i zawierała, zapewne w miedniczce, kamień, co do nerki lewej, to miała być nacieczona ropą. Widzimy, że opis bardzo niedokładny, raczej go niema. Gdzie się ropa znajdowała, czy w samym miąższu, czy w miedniczce, wprost z opisu tego nie można orzec. W każdym razie podkreślić należy, że nerki były zmniejszone.

Płuco częściowo flaczaste, być może niedodma uciskowa, spowodowana płynem w klatce piersiowej. Za uciskiem wydobywała się z nich ciecz brudna, ropiasta; może to płyn obrzękowy, brudny z powodu rozpoczynającego się gnicia. Co do osierdzia należy zaznaczyć, że przy ogólnych obrzękach, rzecz dziwna, zawierało zaledwie kilka kropel płynu.

Serce powiększone i pojemne, a zatem prawdopodobnie przerosłe; przez pojemność, sądzę, należy uważać rozszerzenie jego komór. Mięsień był kruchy i wiotki, co również może być następstwem rozpoczynającego się rozkładu. Mózg nie przedstawiał zmian żadnych, opisany jest względnie dość dokładnie, zwrócono tu więc uwagę na komory i nerwy mózgowe, które również nie przedstawiały zmian widocznych. Na ów brak widocznych zmian w mózgu zwracam uwagę ze względu na spotykane tu i ówdzie notatki o apopleksyi. I tak w liście Załuskiego do kardynała Radziejowskiego i innych, datowanym z dn. 17. czerwca 1696, a zatem w dniu śmierci króla, czytamy przy opisie ostatnich chwil Sobieskiego, że »został tknięty apopleksyą«; czem był właściwie ten atak, o którym wspomina Załuski, poniżej pozwolę sobie omówić, w każdym razie, już tu zaznaczę, nie byłto atak apoplektyczny w ścisłem tego słowa znaczeniu, wywołany jakąś wybitną zmianą mózgową, n. p. krwotokiem, zatorem i t. d., bo o nich nic w protokole nie słyszymy.

Tyle co do opisu znalezionych zmian przez prosektora.

W końcu protokołu następuje resumé, w którem na wstępie zaznaczono, że »kilka przyczyn skojarzyło się na zgubę króla«, a dalej, że »ledwie który narząd był bez winy, czyto z tych, co służy sprawie odżywiania, bądźto przeznaczonych oddechaniu«, zmiany w nerkach uważają jednak badający za główną przyczynę katastrofy. Wychodząc z tego założenia bardzo trafnie i słusznie, jak na ówczesne czasy, i do pewnego stopnia zgodnie z dzisiejszemi zapatrywaniami tłómaczą następstwa ogólne, jakie owe zmiany nerkowe wywierały w ustroju całym. W następstwie »zwyrodnienia« nerek przestała wydzielać się surowica krwi »w czasie i w miejscu przez naturę ustanowionem, skąd powstała dyskrazya krwi, nadmierne wezbranie surowicy i obrzęki skóry i następcza puchlina wodna brzucha«. Owo zaprzestanie wydzielania się surowicy w niewątpliwem zrozumieniu autorów protokołu i przy uwzględnieniu okoliczności, że obrzęki, zwłaszcza nóg, trwały u króla od szeregu miesięcy, musiało istnieć już czas dłuższy. Surowica ta w myśl protokołu prawidłowo wydziela się przez nerki, z chwilą jednak ich schorzenia wydzielanie to zostało powstrzymane, czy też zmniejszone. Następstwem owego powstrzymania jest dyskrazya krwi, ponieważ surowicą tą jest ciecz przesączynowa (obrzękowa), a więc w znaczeniu dzisiejszem przez ową dyskrazyę krwi należy rozumieć wodnistość krwi, hydremię, która doprowadziła do ogólnych obrzęków. Widzimy więc, że za przyczynę śmierci królewskiej uważano na podstawie sekcyi zapalenie nerek i to o przebiegu przewlekłym z następowem rozwodnieniem krwi (hydraemia) i obrzękami.

Od siebie jeszcze kilka ogólniejszych uwag odnośnie do sekcyi i protokołu. Opierając się na owej wiotkości, kruchości i rozłożeniu się narządów, dalej na owych cuchnących, brudnych płynach w jamie brzusznej i klatce piersiowej, dalej na owem atramentowem zabarwieniu śledziony, rozdęciu gazami jelita grubego, plamach czerwonych w okolicy pach od przodu i na

przednich powierzchniach goleni, dochodzę do wniosku, że zwłoki zaczęły już ulegać gniciu. Za wnioskiem tym przemawia pora. Sobieski umarł 17. czerwca, a zatem w lecie, sekcya była robiona w Warszawie dnia następnego, a wiemy dobrze, że w porze letniej czas ten wystarcza do rozpoczęcia rozkładu gnilnego; rozkład ten, jak wiadomo, szybciej występuje u ludzi otyłych i do tego z ogólnymi, jak w tym przypadku, obrzękami. Te zatem okoliczności skłaniają mnie do przypuszczenia, że w zwłokach królewskich już gnicie się rozpoczęło, kiedy robiono sekcyę.

Co do wyjaśnienia samej przyczyny śmierci na podstawie protokołu, to wskazują nam ją sami jego autorowie, inna rzecz, że nie mówią, co to był za rodzaj zmian, względnie jakie zapalenie, ale i my, opierając się tylko na protokole, niewiele możemy dodać. Nerki były pomniejszone, w jednej znaleziono kamień, w drugiej ciecz ropiastą, gdzie ona była, nie wiemy, może w miedniczce. Przeciw ropieniu w samej nerce, czyli zapaleniu jej ropnemu przemawia obraz choroby i jej objawy za życia. Za zapaleniem nerek nieropnem przemawiają owe obrzęki długi czas się utrzymujące, przerost serca, a wreszcie i objawy za życia; było to zapalenie przewlekłe.

Odnośnie do literackiej strony protokołu należy podnieść przeplatanie tegoż w kilku miejscach nieraz dość naiwnymi co do premis refrenami, jak n p. na temat zauważonej przez chirurgów suchości mózgu, »co, jeźli tak było przez naturę urządzone, któż dziwić się będzie, że król takim blaskiem umysłu się odznaczał, że cokolwiek mówił — mówił rozumnie — że wreszcie głowa jego mieściła ducha wyższego rzędu«. Bardzo możliwe, że zdanie to, niemające sensu, zostało przekręcone lub dodane, jeżeli przyjmiemy, że przytoczony tekst protokołu nie jest oryginalnym dokumentem, lecz kopią. Podobną refleksyę spotykamy w końcowej części protokołu, mówiącej o kilku przyczynach, które się skojarzyły »na zgubę króla godnego nieśmiertelności, skoro śmierć zarówno uderza w królewskie wieże, jako i lepianki nędzarzy«. Naiwnem wreszcie owo dopatrywanie się podobieństwa w kamieniu nerkowym do tarczy, na której jest korona królewska. Notatki i źródła odnoszące się do zdrowia króla Jana Sobieskiego, aczkolwiek niebardzo liczne, pozwalają nam jednak wyrobić sobie prawdopodobne zdanie co do zdrowia, względnie jego chorób. I tak wiadomą jest rzeczą, że Jan III. odznaczał się dużą otyłością, która zwłaszcza w ostatnich latach dochodziła do tak znacznych rozmiarów, że najtęższe araby z jego stajni nie mogły go unieść. Cierpiał on przytem, o ile sądzić można z objawów za życia i zmian znalezionych po śmierci, na skazę moczanową, a przemawiają za tem owe kamienie na sekcyi znalezione.

W roku 1670 skarży się ustawicznie na brak zdrowia, a w roku 1671 w lutym (6) pisze przyszły zwycięzca z pod Wiednia do żony [9]) ze Lwowa, że z powodu ciężkiej choroby z łóżka zwlec się nie może, »mnie zaś doktorowie moi kazali mi się strzedz apopleksyi à cause de la rétention dedans les reins.... Spytaj się Wć. doktora swego, co to za choroba, i jak to ciężko przyjdzie umrzeć z przyczyny serca mego«. A więc już wówczas, już na 25 lat przed śmiercią mówią mu lekarze o jakiemś zatrzymaniu w nerkach (może w wydzielaniu), już wtenczas wspominają o jakiemś schorzeniu nerek. W trzy lata później, t. j. w r. 1674 słyszymy, że lekarze polecają mu pić wody Egierskie (dzisiejszy Warmbrunn).

W liście Warumbergera [10]) do Stanisława Szczuki, referendarza koronnego, datowanym w Żółkwi 16. grudnia 1693, a więc trzy lata przed śmiercią króla, czytamy: »Przeszłego tygodnia po quotidianie przypadła była quartana; ta odmieniła wszystkie intenta Pańskie, bo doktorowie, widząc Króla Jch. Pana, odradzali jechać do Warszawy y dlatego wyszły Innotescentiae ad ministros Regni y uniwersał do Xcia Jmci Kardynała z tą wiadomością, że złe zdrowie y słabość wielka wstrzymała y termin Seymowi przeciągniony być musi. Trzy kopie ma posłać Przyszka Wm. Wm. Panom y Dobr. z rozkazami Króla Jchm. Po onym paroxyzmie czwartego dnia przypadłym coraz lepiej za łaską Bożą Król Jegomość ma się. Sypia dobrze w nocy, je lepiej, nie kaszle prawie nic, tylko co flegma odchodzi y kiedy odchrząknie smród jakiś czuje y tem się najbardziej Pan alteruje, bo rozumie, że mu na płucach coś musi być, abo się psują, ale y to zaraz za łaską Bożą ustanie. Dają proszek pewny arozy na to, mleko parzone y cukier z balsamem etc. Nadzieja w Bogu, że zdrowy coraz będzie«.

Co to była za choroba, połączona z paroksyzmem, z tego pobieżnego urywku trudno oczywiście oznaczyć, w każdym razie wchodziły tu w grę płuca, król bowiem kaszlał i wykrztuszał ową tak go niepokojącą cuchnącą plwocinę. Nie mogła to być jakaś lekka niedyspozycya, kiedy z powodu niej wstrzymano zwołanie sejmu.

Kilka miesięcy przed śmiercią wystąpiły obrzęki skórne, głównie na kończynach dolnych, które, o ile sądzić można z odnośnych notatek, nie ustępowały, ale przeciwnie się zwiększały. W listach Jana Sobieskiego, wyd. Bandtkiego i Helzla, spotykamy wspomnianą już wyżej notatkę niewiadomej osoby o chorobie Jana III., datowaną dnia 3. maja 1696, a zatem $1^1/_2$ miesiąca przed śmiercią króla: »Zdrowie Jana«, czytamy tam, »z nocy ostatniego kwietnia złe było. Zaczem się wyspowiadał. Pierwszego maja zgodził się na poradę chłopka, który z rocznych ziół sporządziwszy odwar — przyłożył na całe nogi plaster. Jakób lękał się tego, bo plaster był mokry i zimny. Król czuł jednak folgę w nogach. Nie bywały one już czerwone, jak zazwyczaj, tylko miały naturalną barwę. Oprócz tego kazał mu chłop pić dwa razy dziennie pół filiżanki napoju z korzonków, bardzo przykrego. Od dwóch dni ma król apetyt dosyć dobry, sypia i jest wesół. Chłopek powiada, że, gdyby słuchał, byłby chodził na św. Jana. Chłopek nic nie ordynuje, póki egzorcysta-reformat stale przy królu będący, nie da błogosławieństwa«. Obrzęk nóg musiał być znaczny i stan ogólny nie najlepszy. Czytamy, że król leżał, a w nocy z ostatniego kwietnia szczególnie niedobrze czuć się musiał tak, że już dnia następnego przystąpił do spowiedzi. Obrzęki wzmagały się stale i to dość szybko, stawały się twardymi, nieustępującymi pod palcem. O'Conor, niejako główny ordynaryusz królewski, zażądał od Załuskiego, biskupa płockiego, nieodstępnego w ostatnich miesiącach towarzysza królewskiego, wiadomości o stanie zdrowia Sobieskiego. Załuski przesyła mu biuletyn pod datą 2. czerwca 1696 [11]), prosząc, aby on, jako lekarz i inni jego koledzy w Londynie wydali opinię — czem zobowiąże monarchę. Załuski więc pisze: »Stan zdrowia Króla Imci Polskiego takim jest: Nogi, lędźwie i żołądek królewski w niedługim czasie znacznie spuchły, puchlina ta zaczęła się tego lata i pomnaża się codziennie, lubo do zmniejszenia jej wewnętrznych używano lekarstw. Przyłożywszy palec do puchliny tej nie ustępuje, ani się ugina i owszem twardością żelaza, ciężkością ołowiowi się równa. Król, gdy chodzi czuje jak gdyby niezmierny ciężar przywiązanym był do nóg jego. Twardość tej puchliny żadnym sposobem zmniejszoną być nie może, gdy się ciepło trzyma, ustępuje nieco, lecz natychmiast powraca, kolor tej puchliny nie jest blady, lecz czerwony i purpurowy prawie«.

Widocznem więc, że prócz obrzęków skórnych wystąpiła wyraźna puchlina jamy brzusznej, t. j. owo przez Załuskiego podane spuchnięcie żołądka. Należy tu podnieść to czerwone, prawie purpurowe zabarwienie skóry, o którem w kilku miejscach wspominają notatki. Być może, że występowała tu także niedomoga mięśnia sercowego, a może wypryski i te schorzenia skóry, które lubią towarzyszyć dłużej trwającym obrzękom lub jakaś dermatoza.

W piętnaście dni po przytoczonej relacyi biskupa Załuskiego o zdrowiu królewskiem, król umarł. W liście Załuskiego do kardynała Radziejowskiego i innych, datowanym z dnia 17. czerwca 1696 [10]), a zatem w dniu śmierci króla, spotykamy dokładny opis ostatnich chwil bohatera z pod Wiednia. »Zaledwie stanął — (zapewne Załuski) — w Wilanowie, przysłał Jan«, czytamy w tym liście, »co słychać w Warszawie. Oświadczył, że we wszystkich kościołach modlą się zarówno za zdrowie jego, ale i na pamiątkę jak temu 23 lat królem obrany został. Prosił zatem, aby tę rocznicę godnie odprawił spowiedzią. Król odparł, że się napił klejku — a gdy biskup oświadczył, że to nie przeszkadza, oświadczył, że nie jest przygotowanym i prosił o odłożenie do dnia następnego. Biskup prosił zatem, aby się zaraz wyspowiadał, a podczas mszy myślą przyjął komunię. Odprawił mszę i vota, a biskup nie widział, aby ktoś z taką skruchą i nabożeństwem jej słuchał. Wyszedł na chwilę do kardynała d'Arquin, a wróciwszy do pokoju królewskiego znalazł królową leżącą na kanapie. Usiedli z opatem Polignac, posłem francuskim, przy łóżku królewskim. Król więcej, niż godzinę, rozmawiał z nimi, gdy raptownie tknięty został apopleksyą, krzyknął, by dał znak żalu, co, gdy uczynił, oczy zwróciwszy na niego, udzielił mu rozgrzeszenia *in articulo mortis*. Wkrótce podnosił ubranego i wstającego z łóżka, ale omal całym ciężarem ciała jego nie został przywalony. Królowa się zerwała i zaczęła lamentować, prosił więc, by się oddaliła. Polignac zawołał lekarzy i chirurgów. Przybiegli co prędzej. Przyszło także wielu dworzan, lecz

---

[9]) Ord. Myszkowskiej. R. 1860 pod Nr 37. Listy Sobieskiego do żony, wyd. Helcla.

[10]) Niemcewicz. Zbiór pamiętników o dawnej Polszcze. T. IV. Wyjątek z pamiętników O'Conora.

ledwie który trzeźwy. Godzinę całą król leżał na ziemi robiąc piersiami i pieniąc się strasznie. Przyszło mu na myśl dać *Agnus Dei* Innocentego XI. Pobiegł do pokoju królowej żałośnie jęczącej na łożu, prosząc o niego. Następnie namaczawszy część onego w winie, dał go księdzu Skopowskiemu, Dominikaninowi, spowiednikowi królewskiemu. Ten go włożył w usta króla — i wówczas Jan zapytał: Cóż się ze mną stało? Biskup odpowiedział, że go Bóg z największszego niebezpieczeństwa wyrywa i wezwał go do spowiedzi, i nie czekając na odpowiedź, prosił przytomnych, aby się oddalili. Wyszli. Król spowiadał się przez 1½ kwadransa — ze skruchą największą. Położono go na łożu następnie i zaczęto dawać lekarstwa. Tymczasem Suszycki, ochmistrz królewski, poszedł po Najświętszy Sakrament do parafialnego kościoła — a otaczający prowadzili pobożną gawędę. Długo czekano, bo nie znaleziono parocha.

Paroksyzm się powtórzył i trwał przez godzinę. Weszli biskupi Witwicki, poznański i Popławski, inflantski — a jeden z nich dał królowi rozgrzeszenie i ostatnie pomazanie. Król konał i między 8. a 9. ducha wyzionął«.

Z powyższego opisu widzimy, że król niemal do końca był przytomny, prowadził rozmowę, interesował się wypadkami bieżącymi, pytając, co słychać w Warszawie — nie przeczuwał, że ostatni to dzień jego życia, kiedy odkładał przyjęcie komunii z powodu spożycia kleiku do dnia następnego. Nagle przyszedł atak, nazwany w liście apopleksyą. Co to był za atak? Miał trwać godzinę, król upadł na ziemię, niewątpliwie stracił przytomność »robił piersiami, pieniąc się strasznie«. Po godzinie przyszedł do siebie, przytomność zatem wróciła, i pytał, co się z nim stało. Sądzę, że był to atak mocznicowy, wiemy bowiem, że tego rodzaju ataki nagle, wprost niespodzianie mogą wystąpić, mogą trwać niedługo, poczem chory wraca do przytomności. Nie pozostawił on po sobie jakichś porażeń, szczególnie mowy, w przeciwnym bowiem razie czytalibyśmy o tem w przytoczonem sprawozdaniu, zresztą czytamy, że chory po ataku się zapytał. Już przedtem wspomniałem, że nie mógł on być następstwem większej, a dla oka widocznej zmiany anatomicznej mózgu. Wkrótce po tym ataku przyszedł drugi i król w nim skonał.

Przebieg ostatnich chwil Sobieskiego i jego skonu zupełnie może odpowiadać obrazowi przedśmiertnemu, jaki towarzyszy przewlekłemu zapaleniu nerek, a mam tu na myśli między innymi objawami owe ataki, zdaniem mojem, mocznicowe.

Gdy w tydzień po otrzymaniu listu Załuskiego nadeszła wiadomość o śmierci króla, dodaje O'Conor [11]) od siebie, że wiadomość ta go nie zdziwiła »zaskórna bowiem woda przemieniała się w skir, czyli w twarde bez czucia nabrzmienie; o przypadku takim rzadko bardzo słyszeć się dało, najstarsi nawet lekarze, z którymi o tem mówiłem, zapewniali mnie, że nigdy o podobnym nie słyszeli, mnie nawet samemu nic podobnego leczyć nie zdarzyło się«.

[11]) l. c. Niemcewicz. Zbiór pam. i t. d.

Wiadomości zawodowe i ogólno-lekarskie.

Medycyna społeczna. Epidemiologia. Statystyka.

Izba lekarska zachodnio-galicyjska podaje do wiadomości PP. Kolegom, że dla interesantów biuro Izby otwarte jest w godzinach urzędowych od 2—3 popołudniu codziennie z wyjątkiem sobót i dni świątecznych.

Izba lekarska zachodnio-galicyjska ogłasza, co następuje: Organizacya ogólna lekarzy praktycznych Ślązka prosiła Izbę o ogłoszenie następującego

Ostrzeżenia:

I. »Niniejszem ogłasza się bojkot na posadę lekarza Kasy chorych fabryki sody hr. Larischa w Piotrowicach (Petrowitz), którą dotychczas zajmował Dr Henryk Kłuszyński, albowiem wypowiedziano mu posadę tę bez dostatecznego powodu. Lekarzy, którymby posadę tę ofiarowano, przestrzega się, by jej nie przyjmowali i w ich własnym interesie wzywa się, aby najprzód zasięgali informacyi w Komisyi umów miasta Frysztatu (Freistadt). — Organizacya ogólna lekarzy praktycznych Ślązka. *Dr Frencl*, m. p. *Dr Stiller*, m. p.«

II. »Ponieważ powiatowa Kasa chorych we Frysztacie na Ślązku nie zważa na warunki umowy, zawartej za pośrednictwem pana Starosty z Frysztatu w Boguminie dnia 26. marca 1907 i również nie dotrzymała przyrzeczeń, danych 22. kwietnia 1908, przeto lekarze tej Kasy zaprzestali pracy. Ogłasza się nad temi posadami bojkot aż do odwołania. — Organizacya ogólna lekarzy praktycznych Ślązka. *Dr Frencl*, m. p. *Dr Stiller*, m. p.«

Stan epidemii w Galicyi. W czasie od 11. do 17. X. 1908 doniesiono o nowych przypadkach duru plamistego w pow. Bóbrka (Brzozdowce 1), Brzesko (Borzęcin 1), Buczacz (Krasiejów 2, Trościaniec 3), Lisko (Baligród 1), Peczeniżyn (Kosmacz 2), Śniatyn (Trójca 2), Stryj (Lisiatycze 1, Orawczyk 7). *T.*

Z ruchu ludności w Krakowie. Od 11. do 17. X. 1908 urodziło się dzieci żywo 43, nieżywo 4; zmarło osób 67 (w tem obcych 26), z nich z gruźlicy 12 (3), zapalenia płuc 9 (3), błonicy 2 (2), płonicy 6 (2), odry 2. *S.*

Choroby zakaźne w Krakowie. Od 11. do 17. X. 1908 zgłoszono przypadków: błonicy 5 † 2 (w tem obcych 2 † 2), krztuśca 4 † 1, płonicy 10 † 6 (3 † 2), odry 57 † 2 (1 † —), duru brzusznego 2 (1). *Dr Sch.*

Choroby zakaźne we Lwowie. Od 11. do 17. IX. 1908 zgłoszono przypadków: błonicy 6 † 1 (w tem obcych —), krztuśca 2 (1), płonicy 55 † 5 (2 † 2), duru brzusznego 6 (4), czerwonki 1. *Dr Legeżyński.*

Sprawy sanitarne w Sejmie.

Sprawozdanie z czynności Departamentu V. (sanitarnego) Wydziału krajowego za czas od 1. XII. 1906 do 15. V. 1908, przedłożone Sejmowi w bieżącej sesyi, rozpoczyna się zestawieniem rachunkowem wydatków kraju na cele zdrowia publicznego w r. 1905. Wydatki te wynosiły 3,368,149 K (w porównaniu z r. 1904 więcej o 21,867 K), z czego koszta leczenia 2,884,774 K, utrzymanie podrzutków 56,663, szczepienie 152,500, okręgowa służba zdrowia 96,177, zasiłki dla zakładów sanitarnych 32,758, dotacye dla nich 133,190 K. Rzeczywisty wydatek był o 150,563 K mniejszy, gdyż tyle wpłynęło w postaci zwrotów od szpitali prowincyonalnych, nadwyżki od szpitala w Krakowie (30,856 K) i od zakładu w Kulparkowie (58,981 K).

Dni leczenia w szpitalach było 2,097,536 (o 59,068 więcej, niż w r. 1904), średni czas leczenia we wszystkich zakładach i szpitalach wynosił 47·5 dni (w szpitalach krajowych i klinikach 19·7, w szpitalach prowincyonalnych 21·3, w zakładach obłąkanych 148·8); średnia dzienna liczba chorych 5,742; całe leczenie jednego chorego kosztowało średnio 38 K 29 h, żywienie zaś za 1 dzień od 40·3 gr. (w szpitalach prowincyonalnych) do 64 gr. (w zakładach położniczych) (w szpitalach krajowych i klinikach 60·2 gr.). Dane te objaśnione są 3 tabelarycznemi zestawieniami, wymieniającemi szczegółowo wydatki na zakłady krajowe i prowincyonalne, zasiłki dla zakładów prywatnych, ruch chorych i t. d. Wreszcie dołączono tabelę porównawczą, która przedstawia koszta leczenia chorych od r. 1899 do 1903 w Galicyi, Czechach, Austryi dolnej, Styryi i Tyrolu, oraz drugą, przedstawiającą ilość szpitali, łóżek, koszta leczenia i śmiertelność we wszystkich krajach koronnych Austryi w r. 1903. (Takie dane porównawcze już za rok 1904 podaliśmy w »Przeglądzie lek.« r. b. Nr 24, str. 340).

W sprawie budowy zakładu położniczego w Krakowie zaznacza sprawozdanie, że Wydział krajowy miał przedłożyć Sejmowi sprawozdanie o przyczynieniu się kraju do kosztów budowy w stosunku do 2,400 K od łóżka, jednakże z potrąceniem połowy wartości gruntu szpitalnego, oddanego pod budowę. Jednakże załatwienie sprawy przewlokło się przez chorobę i śmierć ś. p. Prof. Jordana, a następnie przez to, że następca jego, Prof. Rosner, zaproponował inne miejsce pod budowę. Komisya mieszana, złożona z przedstawicieli rządu i kraju, w dniu 1. IV. 1908 nie mogła jednak powziąć decyzyi, ponieważ zaproponowany grunt trzeba dopiero zbadać pod względem technicznym, a nadto Wydział krajowy żąda naprzód programu ogólnego budów szpitalnych, bo może proponowany grunt okazać się pod nie potrzebny.

W sprawie budowy kliniki psychiatrycznej w Krakowie opisuje sprawozdanie zamianę gruntów krajowych, oddanych pod budowę, na grunta miejskie (szczegóły, o których »Przegląd lekarski« swego czasu już donosił); Wydział krajowy wstawił do budżetu krajowego na r. 1908 zasiłek na budowę tej kliniki w kwocie 50,000 K, uchwalony już dawniej przez Sejm.

W szpitalu św. Łazarza w Krakowie mają być podjęte konieczne adaptacye kosztem 39,960 K (przerobienie starej suszni na mieszkania 10,000 K, wzmocnienie fundamentów, naprawa maszyny parowej i t. d.). Oświetlenie elektryczne szpitala, na którego instalacyę Sejm uchwalił w r. 1907 18,000 K,

zostało zaprowadzone tylko na oddziałach chorób wewnętrznych i w budynkach administracyjnych; dalsza instalacya wymaga jeszcze badań, ponieważ zaszła potrzeba pewnych zmian.

Nowela do ustawy zdrojowej, uchwalona przez Sejm w r. z., nie uzyskała jeszcze sankcyi.

Z 11 okręgów sanitarnych, uchwalonych na ostatniej Sesyi sejmowej, aktywowano 7; co do 4 innych toczy się jeszcze korespondencya. Natomiast »w uwzględnieniu usilnych żądań ze strony interesowanych gmin, popartych ze strony Wydziałów powiatowych i zaopiniowanych przez c. k. Namiestnictwo i kraj. Radę Zdrowia« utworzył Wydział kraj. 3 inne okręgi sanitarne (po jednym w pow. Buczacz, Nowy Sącz, Przemyśl). »Wobec tego, tudzież w braku dalszych żądań o pomnożenie okręgów sanitarnych, Wydział kraj. nie przedkłada osobnego sprawozdania z wnioskami o pomnożenie liczby tych okręgów w r. 1908«, jednakże »gdyby jeszcze w ciągu r. b. zaszła uzasadniona potrzeba pomnożenia okręgów sanitarnych, — Wydział kraj. będzie mógł przystąpić do odnośnych zarządzeń«, posiadając pewne oszczędności w kredytach, dawniej na ten cel przyznanych.

Projekt ustawy emerytalnej dla lekarzy okręgowych przedkłada Wydział kraj. w osobnem sprawozdaniu (por. »Przegląd lek.« N. 40 str. 515).

Budowa nowych klinik uniwersyteckich we Lwowie »znajduje się jeszcze w stadyum przygotowawczem, a Wydział krajowy nie otrzymał dotąd od c. k. Rządu szczegółowych planów i kosztorysów«. Wydział lekarski lwowski stara się tymczasem o dokupienie jeszcze około 1000 sążni □ do gruntu, pod budowę klinik przeznaczonego, a Wydział krajowy zakupno to Sejmowi poleca pod warunkiem, że rząd przyczyni się wydatnie do kosztów.

Pawilon zakaźny we Lwowie nie został dotąd rozpoczęty z powodu nowych projektów co do wyboru miejsca pod budowę, gdyż magistrat lwowski nie zgadza się na budowę pawilonu na gruntach krajowych obok szpitala krajowego, a za grunt miejski, niedogodnie zresztą położony, żąda świadczeń zbyt uciążliwych.

W sprawie kontroli handlu starą odzieżą przytacza sprawozdanie wnioski, nadesłane przez Namiestnictwo na podstawie opinii kraj. Rady Zdrowia, a dotyczące warunków zezwolenia na taki handel, odkażania odzieży w tych handlach, pouczania ludności o niebezpieczeństwach, połączonych z nabywaniem odzieży używanej i t. d.

Zakład Dz. Jezus w Bobrku (ks. Ogińskiej), przyjmujący podrzutki, przynależne do Galicyi, a zrodzone w Wiedniu (w zakładzie położnic) i w szpitalu krakowskim, utrzymuje na koszt kraju 95 podrzutków (od 2-go roku życia). W wiedeńskim zakładzie podrzutków znajduje się jeszcze 321 dzieci, które będą stopniowo do Bobrku przeniesione. Ks. Ogińska utrzymuje i kształci w Bobrku własnym kosztem pewną liczbę podrzutków, które przekroczyły 10. rok życia.

Próby leczenia matołectwa tyreoidyną zamierza Wydział kraj. pdjąć w okręgu nowotarskim z pomocą subwencyi rządowej. Namiestnictwo zajmuje się ułożeniem szczegółowego programu działania i kosztów.

W sprawie oddziału t. zw. obserwacyjnego w szpitalu lwowskim uzasadnia Wydział kraj. w dłuższym wywodzie potrzebę dalszego jego utrzymania. Mianowicie Wydział lekarski lwowski zwrócił się do Sejmu w r. 1907 z życzeniem, aby czynności tego oddziału (obserwacyę obłąkanych przed przyjęciem stałem do krajowego zakładu w Kulparkowie) przekazano uniwersyteckiej klinice psychiatrycznej. Wydział krajowy wywodzi, że nawet przy zachowaniu szpitalnego oddziału obserwacyjnego nie ma obawy, aby klinice psychiatrycznej brakło materyału naukowego, bo już dotychczasowy nadmierny napływ chorych i do szpitala kraj. i do rozszerzonego zakładu kulparkowskiego obawę taką uspokaja. Napływ umysłowo chorych niewątpliwie jeszcze się wzmoże, gdy otwarta zostanie klinika, dobrze wyposażona, która przez to chorych więcej, niż szpital, przyciągać będzie, a która zresztą ma prawo wybierać sobie potrzebny materyał naukowy z oddziałów szpitalnych krajowych i t. d. Z drugiej zaś strony jest oddział obserwacyjny niezbędną cześcią składową szpitala krajowego i zwinięcie jego przyniosłoby szpitalowi niepowetowane szkody (co szczegółowiej zostało uzasadnione w osobno wydanem Sprawozdaniu Inspektora szpitali krajowych).

Z nowych szpitali powszechnych otwarty został szpital w Nowym Sączu 5. IV., a w Złoczowie 1. I. 1907. (NB. Oba te szpitale istniały, a pozyskały obecnie tylko nowe budynki). Otwarcie szpitala w Dolinie (dopiero założonego) odwlokło się z powodu konieczności pewnych uzupełnień budowy, urządzenia i t. p., na które Wydział powiatowy nie miał na razie dostatecznych funduszów. Po udzieleniu zaliczki krajowej (50.000 K.) podjęto potrzebne roboty i szpital miał być otwarty 1. VII. 1908.

Przebudowy i dobudowy, uchwalone przez Sejm w r. 1907, zostały dokonane lub są w toku: w Brzeżanach (dom gospodarczy, pawilon ilozacyjny i trupiarnia — 80.000 K.), w Husiatynie (nowy pawilon, adaptacye w starym budynku, nowe wodociągi i t. d.) i w Tarnowie (nowy pawilon chirurgiczny na 60 łóżek, rozszerzenie i adaptacya starych budynków, wodociągi — razem 289.755 K., z czego gmina miasta Tarnowa pokrywa około 91.000 K.). Największą przebudowę, w Tarnowie, rozpoczęto w lecie 1907 od postawienia nowego pawilonu chirurgicznego i t. d.; dalsze roboty potrwają 3 lata. — Natomiast przebudowa szpitala w Sanoku (dom gospodarczy, pawilon zakaźny i trupiarnia), nie została (do 1. VII. 1908) wykonana, ponieważ gmina zrazu nie chciała wcale pokryć przypadającej na nią połowy kosztów, a później, ustąpiwszy pod groźbą zamknięcia szpitala, należnej kwoty na termin nie złożyła. — Wreszcie w toku jest sprawa budowy pawilonu dla chorych wenerycznych (na 60 łóżek) przy szpitalu w Stryju; koszt obliczony na 218.920 K. ma pokryć po części rząd, z którym toczą się rokowania.

Na końcu dołączone są do sprawozdania Dep. V. oprócz wspomnianych już tabel ruchu chorych i kosztów w szpitalach w r. 1905, takież tabele za rok 1906, oraz zamknięcia rachunkowe szpitali prowincyonalnych za r. 1905 i 1906 i budżety ich na r. 1907 i 1908.

Osobne sprawozdania i wnioski, oprócz tego głównego sprawozdania Dep. V. i oprócz projektu ustawy emerytalnej dla lekarzy okręgowych, przedłożył Wydział krajowy Sejmowi w przedmiocie budowy zakładu dla obłąkanych w Kobierzynie, polepszenia płac niektórych funkcyonaryuszy szpitalnych, objęcia przez kraj szpitala dla dzieci (św. Zofii) we Lwowie, przebudowy szpitala w Stanisławowie i ustaw kilku nowych szpitali prowincyonalnych.

Sprawa zakładu w Kobierzynie przedstawia się obecnie w sposób następujący: Wydział kraj. zakupił nie bez trudności i przeszkód 104 morgi w jednym kompleksie za 197.000 K. i zawarł umowę z gminą m. Krakowa o dostarczanie przyszłemu zakładowi wody z wodociągu miejskiego (dziennie 250 do 500 m.³ w miarę wzrostu zakładu, za opłatą 22.812 K. przez pierwszych lat 25 za 250 m.³). Po przeprowadzeniu dokładnych studyów (w którym to celu m. i. zwiedził nowomianowany dyrektor Zakładu, Dr Jan Mazurkiewicz, wysłany za granicę, 33 zakłady w Szwajcaryi, Niemczech i Holandyi) i utworzeniu komitetu budowy (szef. Dep. V. radca Onyszkiewicz, architekci: nadr. J. Sare, J. Pakies, W. Klimczak, z lekarzy prócz dyrektora zakładu prof. Piltz i J. Nowak, wreszcie referent prawniczy) rozpatrzono dokładnie szkice planów, przyczem zmniejszono pojemność powietrza na 1 łożko z 36 na 28 m.³, rozdzielono dom administracyjny na 2 budynki, (wyłączając magazyny, aptekę i pracownie), oraz zaprojektowano budowę domu zabaw, 2 domów dla dozorców oddziałowych (by módz przyjąć żonatych, którzyby zakładu trwale się trzymali), pawilonu dla 34 chorych jaglicowych i zakaźnych skórnych, zwiększając zarazem liczbę łóżek pawilonu zakaźnego z 8 na 16. Zmiany te wymagają oczywiście przekroczenia pierwotnego kosztorysu (4,321.000 K.), co jednak obecnie nie da się jeszcze ściśle oznaczyć. Ostatecznie ma zakład w Kobierzynie składać się z 43 budynków, rozmieszczonych na 44 morgach, najkorzystniej położonych; dalej 7 morgów przeznaczono pod park zakładowy, 50 pod uprawę, 3 pod cmentarz. Zakład składać się będzie z 3 części: lecznica (na 534 łóżek z uwzględnieniem ewentualnej dobudowy aż do 800 łóżek), część administracyjna i folwark. Obecnie rozpoczęto (z wiosną r. b.) wstępne prace inżynierskie; budowa właściwa może się rozpocząć z wiosną 1909. Sprawa organizacyi zakładu i jego budżetu stanie na porządku dziennym dopiero przy ukończeniu budowy, najwcześniej za 3 lata.

Polepszenie płac wnosi Wydział kraj. dla dyrektorów obu szpitali krajowych we Lwowie i w Krakowie (na 6400 K., mieszkanie z opałem i światłem lub dodatek 1.472 + 420 K., trzy pięciolecia po 800 K.), dla lekarzy i urzędników Zakładu w Kulparkowie, przyczem ustanowiona być ma jedna nowa posada sekundaryusza (dotąd było lekarzy 9), dla urzędników obu szpitali krajowych, oraz zaopatrzenie służby obu tych szpitali na wypadek nieudolności do dalszej pracy (po 10 latach 40%, po 30 latach pełna płaca).

Szpital św. Zofii we Lwowie ma być według wniosku Wydziału kraj. objęty na własność przez kraj bez odszkodowania za budynki i t. d., jednakże kraj przejmuje zobowiązania (długi) szpitala i dokona niezwłocznie najpilniejszych napraw i rekonstrukcyi.

Szpital stanisławowski, stale bardzo przepełniony (na 120 łóżkach było w r. 1905 od 150 do 224 ! chorych) i nieodpowiedni, ma być przebudowany i rozszerzony (nowe pawilony chirurgiczny i położniczy na 90 łóżek, oraz zakaźny na 20 łóżek, rozszerzenie budynków administracyjnych, wodociągi i t. p.) kosztem 432.000 K., z czego połowę ponieść ma gmina m. Stanisławowa, a połowę krajowy fundusz szpitalny, zaciągając odpowiednią pożyczkę. W Czortkowie Wydział powiatowy zbudował w r. 1907 nowy szpital na 50 łóżek, w Kosowie został nowy szpital również ukończony i urządzony; Wydział krajowy wnosi ustawy, nadające obu tym szpitalom charakter publicznych i powszechnych. Dalej wnosi Wydział kraj. o pozwolenie Wydziałom powiatowym na pożyczkę na założenie szpitali: w Bóbrce 100.000 K., w Nowym Targu 170.000 K.

Z samoistnych wniosków poselskich, zgłoszonych w bieżącej sesyi, wymienić należy przedewszystkiem wniosek posła Cieńskiego i tow. w sprawie zwalczania gruźlicy. Wniosek żąda przyspieszenia państwowej ustawy epidemicznej, ustanowienia osobnych lekarzy w powiatach, najbardziej gruźlicą dotkniętych, bezpłatnego badania bakteryologicznego, konkursu na plan uzdrowisk ludowych, bezpłatnego leczenia gruźliczych ubogich, pouczania ludności, wreszcie zwołania przez Wydział kraj. ankiety przeciwgruźliczej. Poseł Rutowski wniósł o utworzenie krajowego szpitala zakaźnego we Lwowie, poseł Dr Bednarski w sprawie kolei z Nowego Targu przez Krościenko (Szczawnicę) do N. Sącza, poseł Dr Kurowiec o zaprowadzenie lekarzy szkolnych w szkołach średnich.

Komisya sanitarna sejmowa uchwaliła dotychczas referat rektora Prof. Dra Marsa o sprawozdaniu Dep. V., omawiała sprawę szpitali dla chorych na kiłę, sprawę zaopatrzenia gmin w dobrą wodę i organizacyę służby szpitalnej, oraz przekazane jej, wyżej wymienione sprawozdania i wnioski.

Uchwały Sejmu zapadły dotąd przychylnie w sprawie pożyczek na budowę szpitali w Nowym Targu i Bóbrce, na budowę wodociągów w Tarnowie i Rzeszowie, oraz objęcia szpitala św. Zofii we Lwowie na własność kraju; dalej przyjęto (23. X.) sprawozdanie komisyi sanitarnej o sprawozdaniu Dep. V., jakoteż jej wnioski, m. i. wniosek gruntownej rekonstrukcyi szpitala kraj. w Krakowie. Sprawy sanitarne były w d. 21. i 22. X. na zasadzie sprawozdania komisyi sanitarnej o sprawozdaniu Departamentu V. przedmiotem niezwykle obszernej dyskusyi, jakiej w Sejmie dotąd chyba nigdy nie było.

(Nasuwające się uwagi odkładamy do następnych numerów).

R.

Wiadomości bieżące.

Kraków. Towarzystwo lekarskie krakowskie odbyło d. 21. paźdz. b r. posiedzenie, na którem prym. Dr Borzęcki przedstawił przypadek stwardnienia pierwotnego na wardze, a prym. Doc. Dr Rutkowski operowane przypadki raka migdałka, raka krtani, raków i zwężeń odźwiernika, raka odbytnicy, t. zw. »wola zastępczego« z podstawy języka, wreszcie gastroduodenoskop Rovsinga, poczem r. dw. Prof. Dr Wicherkiewicz wyłożył rzecz p. t. »Znaczenie przepłukiwania komórek ocznych przy operacyach zaćmy«,

— Dnia 19. października b. r. odbyło się posiedzenie Wydziału Izby lekarskiej zach. gal., na którem zajmowano się następującemi sprawami: 1) Prezydent zawiadomił, że wyznaczył godzinę urzędową od 2—3 popołudniu z wyjątkiem sobót, niedziel i świąt dla członków Izby i dla interesantów, co będzie ogłoszone w pismach fachowych. 2) Projekt umowy dla lekarzy, kompetujących o posadę przy mającej się utworzyć kasie chorych kierownictwa regulacyi Wisły, przyjęto. 3) W sprawie lekarzy z R., żalących się, iż są pomijani przy wzywaniu do komisyi i oględzin sądowych, a na wyraźne żądanie naczelnika sądu bywa wzywany do tych czynności lekarz wojskowy — postanowiono wnieść zażalenie do Prezydyum Sądu apelacyjnego we Lwowie. 4) Na prośbę Związku lekarzy Śląska postanowiono ogłosić ostrzeżenie przed przyjmowaniem posady w Piotrowicach przy Kasie chorych fabryki sody. 5) Następnie załatwiono szereg drobnych spraw. 6) W sprawie wypowiedzenia przez kolej posady po 17 latach Drowi E., postanowiono zwołać osobne posiedzenie na dzień 20 października b. r.

— Biuro Izby lekarskiej zachodnio-galicyjskiej w Krakowie otwarte jest w godzinach urzędowych codziennie od 2—3 popoł. z wyjątkiem sobót i dni świątecznych.

— W zeszłym tygodniu ukończył się kurs nauki odkażania, urządzony staraniem i kosztem gminy m. Krakowa. W kursie brało udział 11 uczestników (służba szpitalna, służba zakładu czyszczenia miasta, akcyzy i t. d.), których przygotowaniem zajął się bardzo gorliwie lekarz miejski Dr Bernaciński. Przy egzaminie, odbytym w obecności prof. Kostaneckiego, członka Najwyższej Rady zdrowia i miejskiej komisyi sanitarnej, oraz wszystkich lekarzy miejskich, udowodnili wszyscy kandydaci, że nabyli wiadomości praktycznych, potrzebnych do służby dezynfektorskiej, poczem otrzymali odpowiednie świadectwa w miejskim urzędzie zdrowia.

— Sprawozdanie Zarządu »Towarzystwa Domu zdrowia uczącej się młodzieży polskiej Pomoc Bratnia« w Zakopanem za r. 1907/8 świadczy, że niezrażająca się trudnościami ośmioletnia wytrwała i pełna poświęcenia praca założycieli i kierowników tego sanatoryum przyniosła wdzięczny plon i zdołała wreszcie obudzić wśród społeczeństwa nieco większe zajęcie się tą instytucyą, aczkolwiek jeszcze nie takie, jakiego ona potrzebuje i na jakie zasługuje. Członków założycieli (jednorazowo 200 K) liczyło Towarzystwo 72 (przybyło w ostatnim roku 6), wspierających (rocznie 20 K) tylko 138 (przybyło 47), zwyczajnych (młodzież akademicka) 1278 (przybyło 578). Członków honorowych jest 4, z nich Dr Kazimierz Dłuski i p. Andrzej Toczyłowski mianowani w r. z. Niezmiernie energiczna działalność agitacyjna zarządu i grup lokalnych sprawiła, że dochody Towarzystwa w r. zeszłym wyniosły 36.436·26 K i górowały nad wydatkami o 8.263·74 K, jednakże nie daje to jeszcze podstawy pewnej i trwałej Towarzystwu, mającemu taki ciężar, jak upłata długów na domu, zakupionym na sanatoryum, i pracującemu w takich warunkach, iż w budżecie swym na rok najbliższy musi przewidywać niedobór 4.676 K i przyjmować tylko chorych, mogących opłacać choćby skromną kwotę za swe utrzymanie. Dodajemy, że pracownicy instytucyi zajmują się nią bezinteresownie i że gospodarka, którą objęto w r. z. w zarząd własny, prowadzona jest bardzo ekonomicznie i oszczędnie (miesięczny koszt utrzymania jednej osoby, który dawniej dochodził 150—170 K, umiano we własnym zarządzie obniżyć do 123 K). Godzi się podnieść, że przetrwanie chwil najcięższych i obecny rozwój zawdzięcza Towarzystwo głównie pracy kilku ofiarnych osób dobrej woli, wśród nich w pierwszym rzędzie Dra Józefa Zychonia, dyrektora zakładu, Dr Kuczewskiego, lekarza zakładu i pani Kuczewskiej, która jest zarazem sekretarką zarządu i administratorką Domu Zdrowia. W r. z. zgłosiło się do przyjęcia 136 osób, z których przyjęto 73; razem z pozostałymi z poprzedniego roku 12, leczono w ciągu roku 85 przez 6705 dni (średnio po 79 dni). Wyniki leczenia były następujące: wyraźna poprawa (i zupełna zdolność do pracy) u 29·4%, poprawa u 28·2%, stan bez zmiany u 31·8%, pogorszenie u 9·4%. — Godziłoby się, aby sanatoryum »Bratniej Pomocy« obudziło większe zajęcie i wśród szerszych kół naszych lekarzy, z których niejednemu nadarzyć się może sposobność poparcia tak pożytecznej instytucyi.

— Wydział Polskiego Towarzystwa balneologicznego odbył w Krakowie w dniu 14. X. b. r. posiedzenie, na którem prezes hr. Potocki zdał sprawę z posiedzenia zawiązującej się we Lwowie »Ligi zdrojowisk« oraz z memoryałów, wręczonych władzom krajowym i rządowym, a sekretarz Dr Zanietowski z przygotowań do Zjazdu balneologicznego. — Uchwalono Zjazd ten, odwołany chwilowo przez Sekcyę gospodarczą Zakopańską bez wiedzy Wydziału, odłożyć na pierwszą połowę roku przyszłego oraz postarać się o wysłanie własnych delegatów na ankietę ministeryalną w sprawie zdrojowisk.

— Do rzędu miast prowincyonalnych, zaopatrzonych w dobrą wodę do picia, przybywa Bochnia, gdzie właśnie ukończono budowę wodociągów.

Lwów. Na posiedzeniu miejskiej komisyi sanitarnej 19. X. 1908 toczyły się żywe rozprawy nad sprawozdaniem fizykatu, stwierdzającem utrzymywanie się epidemii płonicy na tymsamym poziomie, przyczem uchwalono szereg wniosków w sprawie asanacyi pewnych dzielnic, otwarcia niektórych chederów, nadzoru nad szkołami i t. d. W sprawie reorganizacyi miejskiej służby zdrowia zapowiedział fizyk na zapytanie r. dw. Dra Merunowicza, że wnioski w tej sprawie będą komisyi przedłożone najdalej do 3 tygodni. W końcu wydano opinię o kandydatach na wakujące posady lekarzy miejskich.

— Sejm na wniosek swej komisyi prawniczej uchwalił polecić Wydziałowi krajowemu niezwłoczne rozpatrzenie sprawy utworzenia przynajmniej dwóch krajowych zakładów sierocych.

— Pod kierunkiem prof. Dr Sieradzkiego rozpoczął się kurs psychiatryi sądowej dla sędziów śledczych, który prócz Prof. Sieradzkiego wykładać będą Prof. Halban, dyrektor Dr Kohlberger, dyr. Dr Mazurkiewicz i Dr Świtalski.

— Prof. Dr M. W. Herman ustąpił ze stanowiska dyrektora szpitala w Przemyślu, gdyż powraca na stałe do Lwowa; szpital przemyski ma podobno objąć Dr Slęk, dyrektor szpitala sokalskiego (»Nowa Ref.« 481).

Ruch w zdrojowiskach polskich. W Ciechocinku bawiło do 31. VIII. osób 8381, w Druskienikach do 15. VII, 3206, w Iwoniczu do 10. IX. 4746, w Krynicy do 16. IX. 8633, w Rabce do 1. IX. 2824, w Rymanowie do 1. XI. 2232, w Szczawnicy do 1. IX. 2398, w Truskawcu do 5. IX. 3606, w Zakopanem do 5. IX. 6019, w Żegiestowie do 10. VIII. 697. (Przew. kąp. 13). Ogółem przeto liczbę gości w wymienionych 10 zdrojowiskach do końca września ocenić można na 45.000 z górą. — W Zakopanem mają być w przyszłości wszystkie pensyonaty poddane sanitarnym rewizyom komisyjnym i zastosować się do osobnych przepisów sanitarnych.

Warszawa. Na posiedzeniu wydziału balneologicznego Towarzystwa higienicznego w d. 14. X. poruszył Dr J. Zawadzki myśl zawiązania stowarzyszenia zdrojowego, celem ulepszenia zdrojowisk. Do stowarzyszenia powinnyby należeć wszystkie zarządy zdrojowe, oraz właściciele domów w zdrojowiskach i letniskach.

— Magistrat uznał, że częściowe i dorywcze ulepszenia szpitali miejskich nie rozwiążą sprawy i skutkiem tego uchwalił opracować ogólny plan systematycznego przekształcenia szpitalnictwa i w miarę środków kasy miejskiej wykonywać go, dążąc w ten sposób do możliwej doskonałości. Wobec tego wydział dobroczynny magistratu uchwalił wstrzymać się z nabyciem proponowanego mu przez rosyjskie Tow. dobroczynności domu poklasztornego przy ul. Bonifraterskiej za rb. 155.000 do czasu opracowania wspomnianego planu. (»Kur. warsz.« 286).

— Szpital im. św. Stanisława na Woli ma być rozszerzony przez dobudowanie pawilonu na 50 łóżek.

— Redaktorem »Czasopisma lekarskiego« w Łodzi wybrany został Dr St. Skalski.

— Przy Towarzystwie lekarskiem w Łodzi powstała sekcya pedyatryczna, któraj posiedzenie inauguracyjne odbędzie się d. 24. X. b. r. o g. 8 wieczór w szpitalu Anny Maryi dla dzieci. Po zagajeniu posiedzenia, powitaniu gości i przemówieniach delegatów wykładać będzie Dr J. Brudziński: »O celach i zadaniach współczesnej pedyatryi« a Dr W. Jasiński i W. Schoenaich przedstawią: »Szkic rozwoju pedyatryi polskiej«. Program działalności sekcyi na rok 1908—9 obejmuje: W r. 1908: 11. XI. A. Trenknerowa i A. Tomaszewski: »Przebieg i leczenie zapaleń wyrostka robaczkowego u dzieci«. 9. XII. W. Jasiński i H. Goldberg: »O leczeniu gruźliczego zapalenia otrzewnej u dzieci«. W roku 1909: 13. I. S. Gutentag i L. Przedborski: »Wyrośle adenoidalne, wpływ na ustrój i wskazania operacyjne«. 10. II. J. Brudziński i A. Goldman: »Intubacya i tracheotomia«. 10. III. Z. Prechner i M. Silberstrom: »Przymiot dziedziczny w świetle najnowszych badań«. 14. IV. T. Mogilnicki i A. Maszlanka: »Najnowsze badania w sprawie żywienia niemowląt«. 12. V. S. Rotwand: »O gruźlicy wrodzonej i drogach zakażenia gruźliczego«. 9. VI. H. Rozenblatówna: »Nowe badania z dziedziny bakteryologii błonicy«. Poza seryą tematów ogólnych, które zawsze ogłaszane będą przez sekcyę z góry na rok następny, na porządek dzienny posiedzeń dodatkowych wejdą demostracye i odczyty, zgłaszane w ciągu roku.

Redakcya »Przeglądu lekarskiego« przesyła nowopowstałemu gronu najszczersze życzenia jaknajpomyślniejszego rozwoju i owocnej pracy.

Z różnych stron. IV. międzynarodowy Zjazd elektrologii i radyologii lekarskiej odbył się we wrześniu r. b. w Amsterdamie. Liczył on 212 uczestników, z których przeszło 80 wypowiedziało odczyty, a reszta wzięła udział w wystawie, na której przedstawiono 110 przyrządów i 206 kolekcyi rentgenogramów. Na mocy uchwały komitetu posiedzenia elektrologiczne rozpoczęły się referatem Polaka, Dr Zanietowskiego z Krakowa, który przedstawił swój najnowszy przyrząd do zastosowania klinicznego kondensatorów; najstarszy przyrząd tego rodzaju, do lecznictwa jeszcze nie użyty podówczas, a pochodzący z r. 1765, przedstawiano na zakończenie posiedzeń w historycznem Muzeum Taylora w Haarlemie. Do międzynarodowej komisyi »de l' unification des méthodes«, wybrano Francuza Prof. Cluzeta, Holendra Prof. Salomonsona i Polaka Dr Zanietowskiego.

— Dzienniki donoszą o proteście, wniesionym na Zjeździe przeciwgruźliczym w Washingtonie przez Dra Żurawskiego i Dra Fronczaka, w słowach następujących: »Ponieważ prezydyum Zjazdu nie chciało uznać osobnej grupy polskiej, twierdząc, że uznaje tylko przedstawicielstwa państwowe, więc lekarze polscy opuścili obrady Zjazdu i wysłali pisemny protest z powodu tej sprawy na ręce generalnego sekretarza Zjazdu Dra J. S. Fultona. Protest zarzuca niesłowność Dr Fultonowi, który zapewnił lekarzy polskich, że uzna ich jako przedstawicieli Towarzystw lekarskich polskich, a następnie nie chciał tego uczynić.«

— W Wiedniu odbył się 12—15. X. b. r. I Zjazd przeciw alkoholizmowi, otwarty przez Prof. Weichselbauma i ministra spraw wewn. Bienertha, jako honorowego przewodniczącego Zjazdu. Z Polaków przedstawili referaty: Dr Filip Eisenberg (»Alkohol a zakażenie«), Dr Zofia Daszyńska-Golińska, oraz adwokat Dr W. Lewicki.

— Członkami stałego wydziału Międzynarodowego Związku prasy lekarskiej są: z Niemiec Prof. Posner, His, Kutner i Casper, z Anglii Dawsen Williams, Sprigge i Kreasy, z Belgii de Jace i Pechère, z Danii Tcherning, z Hiszpanii Nogueira, z Francyi Lucas-Championnière, Baudouin i Blondel, z Węgier de Klyes, z Włoch Ceccherelli; prezesem jest Prof. Posner, sekretarzem Blondel.

Mianowani: Dr Chaim Hilfstein sekundaryuszem szpitala św. Łazarza w Krakowie, Dr Stanisław Łyskowiński, lekarzem domowym szpitala Dz. Jezus w Warszawie.

Zmarli: Otyatra Prof. Bezold w Monachium;

Dr Franciszek Rajkowski, zasłużony działacz społeczny, autor popularnego podręcznika dla ludu i kilku drobniejszych prac (»Olejek terpentynowy w leczeniu czarnej krosty«. Przegl. lek. 1888), w 59 r. ż. w Ciechanowie.

Redakcya otrzymała: M. Franke: 1) O zaburzeniach czynności serca u człowieka na tle zniesienia przewodnictwa podniet z przedsionków do komór serca. 2) Przypadek tężca, w którym stosowano śródrdzeniowe wstrzykiwania siarkanu magnowego. 3) Sposoby wczesnego rozpoznania gruźlicy płuc. 4) O sposobach wyrównania wad zastawki trójdzielnej. 5) O niemiarowości ruchów serca na tle skurczów dodatkowych i o jej znaczeniu klinicznem. 6) Doświadczenia nad wpływem i różnicą działania tuberkuliny ludzkiej i bydlęcej na skład krwi i narządy krwiotwórcze. (Odbitki z »Tyg. lek.« 1907/8).

Redaktor odpowiedzialny:
Prof. Dr Stanisław Ciechanowski.